

Travail de Bachelor pour l'obtention du diplôme Bachelor of Arts HES-SO en travail social

HES-SO//Valais Wallis Domaine Santé & Travail social

MATERNITE ET MALADIE PSYCHIATRIQUE, QUELLE CONCILIATION ?

OU

DANS QUELLE MESURE UNE MÈRE SOUFFRANT DE TROUBLES PSYCHIATRIQUES
CONCILIE-T-ELLE SES RESPONSABILITÉS PARENTALES ET LES IMPLICATIONS DE
SA MALADIE ?

Réalisé par : Aline Vogel

Promotion : TS ES 07

Sous la direction de: Sarah Jurisch Praz

Sierre, le 15 février 2011

INDICATION

Par respect pour les femmes interviewées, je ne citerai aucun nom, aucun lieu et aucune association en lien avec ces mères dans toute la partie de l'analyse. Ainsi, l'anonymat sera préservé.

Durant tout mon travail, j'utiliserai le terme de trouble psychiatrique au lieu de trouble psychique qui semble plus commun. C'est une volonté de ma part de mettre l'accent sur un terme encore aujourd'hui effrayant pour beaucoup de gens.

MOTS CLES

Parentalité, maternité, handicap, trouble psychiatrique, normes sociales, exclusion, stigmatisation

RESUME

Mon travail de mémoire porte sur les responsabilités que le rôle de parent engendre, ou plus particulièrement, le rôle de mère. J'ai choisi de mettre cette notion en relation avec le trouble psychiatrique. Par la méthode de l'entretien, j'ai cherché à mettre en évidence les obstacles du quotidien et les moyens que ces femmes avaient pour les dépasser.

Lors de l'analyse, j'ai pu mettre en évidence quatre types de difficultés : intra-familiales, extra-familiales, lorsque la maladie dure et selon un type particulier de maladie. Quant aux ressources, elles étaient également de plusieurs ordres : le réseau social, le réseau professionnel, les ressources personnelles et les ressources isolées.

Avec ces découvertes, j'ai relevé quelques pistes d'action. Tout d'abord, je trouverais intéressant de créer un livre pour les enfants où la maladie psychiatrique serait expliquée. Ainsi, les parents auraient un support pour échanger sur le sujet avec leurs jeunes. Visibiliser et faciliter l'accès aux différentes ressources me semble également primordial. Enfin, j'ai mis en évidence l'importance de se former et de se remettre en question lorsque l'on exerce une profession du social afin de toujours apporter le maximum aux personnes qui en ont besoin.

MES REMERCIEMENTS

Un grand merci, tout d'abord, **AUX FEMMES** qui se sont prêtées à l'exercice difficile de l'entretien, qui se sont livrées avec beaucoup de franchise et de générosité.

Merci aux **DIVERSES ASSOCIATIONS** de m'avoir ouvert leurs portes.

Merci à **LEURS TRAVAILLEUSES SOCIALES** d'avoir répondu à mes questions.

Merci à **LOUISE-ANNE SARTORETTI**, pour son enthousiasme.

Merci à **FABRICE**, pour ses conseils, ses corrections et... ses nerfs solides.

Merci aux **COLLEGUES DE CLASSE**, pour ces moments bibliothèques partagés.

Merci à ma directrice de mémoire, **SARAH JURISCH PRAZ**, qui m'a aiguillée et rassurée dès que j'en avais besoin.

Les opinions émises dans ce travail n'engagent que leur auteure.

TABLE DES MATIERES

1. Introduction	6
2. Présentation de la recherche	7
2.1. Choix de la thématique	7
2.2. Objectifs de recherche	7
2.2.1. Objectifs personnels	7
2.2.2. Objectifs professionnels	8
2.2.3. Objectifs de recherche	8
2.3. Hypothèses	8
3. Concepts théoriques	10
3.1. La parentalité	10
3.2. La maternité	15
3.3. Le handicap	17
3.4. Le trouble psychiatrique	20
3.5. Exclusion, Stigmatisation	24
3.5.1. Processus d'exclusion	24
3.5.2. Stigmatisation	24
3.6. Normes sociales	28
3.6.1. Rôle social	29
3.6.2. Rôles sociaux valorisés	29
4. Méthodologie	30
4.1. Terrain de recherche	30
4.2. Méthode de recueil des données	31
4.3. Echantillonnage	31
4.4. Enjeux éthiques	31
5. Analyse des entretiens	33
5.1. Difficultés	33
5.1.1. Difficultés intra-familiales	34
5.1.2. Difficultés extra-familiales	36

5.1.3.	<i>Durée de la maladie</i>	37
5.1.4.	<i>Troubles bipolaires</i>	38
5.1.5.	<i>Réponse à la première hypothèse</i>	39
5.2.	<i>Ressources</i>	40
5.2.1.	<i>Réseau social</i>	41
5.2.2.	<i>Réseau professionnel</i>	42
5.2.3.	<i>Ressources personnelles</i>	45
5.2.4.	<i>Ressources isolées</i>	46
5.2.5.	<i>Réponse à la deuxième hypothèse</i>	46
5.3.	<i>Découvertes</i>	47
5.4.	<i>Quelles ressources pour quelles difficultés ?</i>	48
5.4.1.	<i>Difficultés intra-familiales</i>	49
5.4.2.	<i>Difficultés extra-familiales</i>	50
5.4.3.	<i>Durée de la maladie</i>	51
5.5.	<i>Pistes d'actions professionnelles</i>	53
5.5.1.	<i>Pistes d'action intra-familiales</i>	53
5.5.2.	<i>Pistes d'action extra-familiales</i>	55
5.5.3.	<i>Pistes d'action lorsque la maladie dure</i>	56
6.	<i>Bilan de ma recherche</i>	58
6.1.	<i>Retour sur mes objectifs</i>	58
6.2.	<i>Bilan personnel</i>	59
6.3.	<i>Conclusion</i>	61
	<i>Bibliographie</i>	62
6.4.	<i>Sources écrites</i>	62
6.5.	<i>Sources orales</i>	63
6.6.	<i>Sources électroniques</i>	63
6.7.	<i>Illustrations</i>	64
7.	<i>Annexes</i>	65

1. INTRODUCTION

La parentalité est pour moi le but ultime de tout être humain. Se reproduire, laisser un peu de soi dans les générations suivantes semble être une évidence pour la plupart des gens. Cependant, je ne crois pas qu'être parent soit un rôle évident. Cette tâche est stressante, bouleversante, et sans doute marquée d'éternelles remises en questions de ses actions. Elle demande présence, patience, rigueur et bien d'autres compétences. Mises à part les épreuves qu'elle fait traverser, elle est métamorphosante. Un être humain, aussi égoïste soit-il, offre la vie à un autre. L'arrivée au monde de ce petit bout d'Homme va amener la personne à donner de son temps et de son énergie pour lui permettre de grandir au mieux. Il ne peut alors plus penser uniquement pour lui, mais doit penser à l'autre, pour l'autre. Et quelle doit être alors la fierté de constater ses progrès. Chaque pas en avant le revalorise et le réconforte dans son rôle. Devenir parent me semble être une étape périlleuse tout autant que magique. Cette étape apparaît également à mes yeux comme indispensable au développement de ma vie future.

Cette responsabilité, relativement complexe pour tout un chacun, m'apparaît comme délicate dans bien des situations. Des difficultés relationnelles, des avis divergents ou encore des situations sans solutions peuvent amener le parent dans un inconfort. Il risquera alors d'éprouver un sentiment de malaise, qui pourra évoluer avec le temps à un sentiment d'incompétence. Le père ou la mère ne se sent plus suffisamment apte à élever correctement ses enfants. Dès lors, comment le parent peut-il assumer malgré tout ses responsabilités ? Est-ce que notre statut familial nous pousse à nous dépasser pour le bien de notre famille ou est-ce que les difficultés prennent le dessus ? D'une fois que le terme de parent nous désigne, il nous reste. Il n'est plus possible de s'en débarrasser aussi aisément que lorsque l'on souhaite changer d'appartement ou de travail. Ce rôle nous demande alors présence, disponibilité, patience et bien d'autres qualités encore. Cependant, lorsque les difficultés sont présentes, il n'est pas aussi aisé d'aborder les tâches de parents et de les gérer au mieux.

Lorsque l'on pense au mot parent, l'on imagine deux personnes : une mère et un père. Malheureusement, force est de constater que cette évidence n'apparaît pas dans tous les foyers, bien au contraire. Il arrive souvent, à l'heure actuelle, que le couple se soit séparé et que l'un ou l'autre ait la garde de l'enfant. Le concept même de famille s'est passablement modifié. En tant que femme, ces questions restent pour moi en suspens. Malgré des mouvements féministes, il semblerait que ce soit les mères qui restent les premières personnes ressources pour les enfants. Est-ce le cas pour chacune d'elles ? Ces interrogations sont très ancrées en moi. C'est ainsi que j'ai décidé d'axer ma recherche exclusivement sur les mères.

Le mode d'emploi du bon parent n'existant pas, ou du moins pas encore, chacun fait au mieux avec ce qu'il est pour gérer ces tâches. Cette expression, je l'ai entendue à plusieurs reprises lors de mes entretiens. Le mode d'emploi flou, ou inconnu, ces mères doivent faire sans. Mais comment ? Qui nous traduit le mode d'emploi ? Comment le comprendre ? Existe-t-il réellement ? Et s'il y en avait un, ne serait-ce pas trop facile ? Voilà quelques unes des questions auxquelles je souhaite répondre dans ce travail.

2. PRESENTATION DE LA RECHERCHE

2.1. Choix de la thématique

Pour mon travail de Bachelor, j'ai choisi d'enrichir davantage mes connaissances dans le domaine de la psychiatrie. Je l'ai découvert lors de ma première formation pratique et il m'a énormément interpellée. Ce domaine en pleine expansion me paraît encore ouvert à de nombreuses explorations, notamment dans le domaine de la prise en charge. C'est pourquoi j'ai choisi de m'intéresser en particulier à cette population.

J'ai appris, lors de ma formation, qu'un nombre important de personnes se trouvaient, à un moment donné de leur vie, confrontées à la maladie psychiatrique. Cependant, une petite minorité seulement ne parvient plus à gérer son quotidien et doit être hébergée en institution. Quant aux autres, malgré leur trouble, ils sont en mesure de vivre de manière indépendante. Cet élément m'a particulièrement interpellée. En effet, après une expérience de formation pratique dans un foyer pour des personnes en situation de handicap suite à des troubles psychiques, il m'était difficile de les imaginer vivre en appartement. Idée préconçue ? Certainement.

La vie indépendante d'une personne souffrant de troubles psychiatriques prenait alors une autre dimension pour moi. Cela signifiait gérer son budget, son alimentation, son travail, ses loisirs et ses relations sociales, voire ses relations affectives. C'est ainsi que l'idée de mon travail de Bachelor a émergé. Vivre une vie d'adulte ordinaire, normale, c'est bien souvent envisager la parentalité. C'est ainsi que j'ai décidé de mettre en relation ces deux problématiques. Demeurer à domicile alors que l'on souffre d'un trouble psychique ne semble pas être évident. Mais lorsque s'ajoute à la maladie des responsabilités parentales, la tâche doit être toute autre. C'est ainsi qu'est née la question de départ de mon travail :

« *Dans quelle mesure une mère souffrant de troubles psychiatriques concilie-t-elle ses responsabilités parentales et les implications de sa maladie ?* »

Il peut être intéressant de relever que cette problématique touche bon nombre de famille. En effet, selon Marie-Françoise Macchi¹, il y aurait 50'000 enfants de parents souffrant de troubles psychiatriques en Suisse. Il y a donc un réel besoin que l'on s'intéresse à cette population.

2.2. Objectifs de recherche

2.2.1. Objectifs personnels

- Gérer des entretiens.
- Mener à bien un travail de recherche.
- Faire preuve de rigueur dans mon travail.

¹ MACCHI M-F. « Maladie psychique et désir d'enfants, un pari sur la vie ». *Diagonales : Magazine romand de la santé mentale*. Numéro 78, novembre-décembre 2010. Pages 4 à 9.

2.2.2. Objectifs professionnels

- Me positionner face à des problématiques complexes.
- Imaginer des outils utiles au métier de travailleur social, dans le cadre de la conciliation entre maladie psychiatrique et parentalité.

2.2.3. Objectifs de recherche

- Approfondir les concepts de base de mon travail de Bachelor (c'est-à-dire parentalité et maternité, handicap, maladie psychiatrique, etc.)
- Identifier les principales difficultés d'une mère souffrant de troubles psychiatriques.
- Identifier les principales ressources d'une mère souffrant de troubles psychiatriques
- Identifier les besoins des mères souffrant de troubles psychiatriques en termes de soutien socio-éducatif.

2.3. Hypothèses

Pour mon travail, j'ai mis en évidence trois hypothèses. Elles sont apparues au début de ma recherche, après seulement quelques recherches théoriques. Ce n'est qu'après que j'ai approfondi mes concepts. Elles ont été le fil conducteur de toute ma recherche. Elles ont guidé mes entretiens et orienté mon analyse.

De ces hypothèses de base quelques variables (que j'ai inscrit en gras) ont émergé.

- Une personne qui souffre de **troubles psychiatriques** va éprouver des difficultés dans la gestion de son rôle de **parent**.
 - o La responsabilité qu'engendre la venue d'un enfant est source de stress.
 - o Le manque de constance de la personnalité du parent, du fait de la maladie, rend la relation parent-enfant difficile.
 - o La non-acceptation de la maladie de la part de l'adulte rend la relation parent-enfant difficile.

Cette première hypothèse est née en grande partie suite à mon entretien avec la coordinatrice de l'AVEP².

- Le fait de devenir parent, avec toutes les responsabilités que cela implique, pousse la personne à dépasser ses propres capacités et à trouver un équilibre psychique.
 - o Avoir la responsabilité de quelqu'un d'autre force la personne à mobiliser toutes ses **ressources** et à se dépasser.
 - o Le rôle de parent est un **rôle revalorisant** dans notre société.

Cette deuxième hypothèse est le fruit de ma réflexion. Je n'ai pas trouvé de documentations relatives aux bienfaits de la parentalité pour une personne souffrant de troubles psychiatriques. Néanmoins, je trouve primordial de ne pas commencer ma recherche avec des jugements si négatifs. J'ai le besoin d'imaginer les deux possibilités. C'est pourquoi, je vais tenter de répondre à cette hypothèse également. De plus, comme le dit Gérard Poussin dans son livre, « la parentalité [...] permet à tout parent qui a vécu une rupture grave de

² TRACANELLI G. Animatrice socioculturelle. Coordinatrice de l'AVEP. Association Valaisanne d'Entraide Psychiatrique. Monthey, le 13 juillet 2009. Entretien.

redonner un sens à son existence »³. Mon idée ne me semble donc pas très éloignée de la réalité.

- Un **soutien socio-éducatif** précoce permettrait au parent une meilleure conciliation entre son rôle familial et sa maladie.
 - o L'éducateur social favoriserait la relation parent-enfant en les accompagnant dès les premiers stades de développement de l'enfant.
 - o Des séances régulières entre le parent et l'éducateur rassureraient le parent dans son rôle.
 - o Par la présence d'une personne neutre, il serait plus aisé aux parents et aux enfants de parler de la maladie.

Divers concepts allant dans cette direction ont d'ores et déjà émergé, notamment dans des pays comme le Canada⁴. Dans le même ordre d'idée, l'Action Éducative en milieu ouvert (AEMO), active en Valais, travaille dans cette optique également.

³ POUSSIN G. *Psychologie de la fonction parentale*. Collection Familles clinique, Edition Privat. Toulouse. 1993. p. 71.

⁴ BOILY M, ST-ONGE M., TOUTANT M-T. *Au-delà des troubles mentaux, la vie familiale : regard sur la parentalité*. CHU St-Justine. Montréal. 2006.

3. CONCEPTS THEORIQUES

3.1. La parentalité

Le terme de parentalité est un néologisme qui a été créé dans les années 50. Il est très utilisé aujourd'hui en raison d'une évolution des préoccupations de notre société au sujet de la fonction parentale. Celle-ci semble régulièrement remise en question, de par les tâches qu'elle implique ainsi que par la configuration qu'elle peut avoir : famille recomposée, monoparentale, homoparentale, etc. En quelques mots, cette notion peut se définir comme « l'ensemble des réaménagements psychiques et affectifs qui permettent à des adultes de devenir parents... C'est un processus maturatif. »⁵.

Comme l'explique Claire Neirinck⁶, le terme de parent, quant à lui, vient du latin *parere* qui signifie procurer, produire, enfanter. Au premier abord, un parent est donc celui qui est le géniteur. Cependant, aujourd'hui, cette notion doit être reconsidérée puisque l'on peut être parent sans avoir de lien de sang, à travers l'adoption par exemple. Cette notion n'est donc pas complète. C'est alors que j'ai choisi de me tourner vers le plan légal. Selon l'article 252 du code civil⁷, pour être parent, il faut que la mère l'ait mis au monde, que le père soit marié avec la mère ou qu'il reconnaisse l'enfant. Il est également possible d'obtenir la filiation grâce à l'adoption.

Devenir parent est un grand bouleversement. Pendant les neuf mois de grossesse, les parents développent progressivement un sentiment d'attachement envers leur enfant. Comme le traduit Joshua Sparrow⁸, c'est ce qu'on appelle la période du bébé « imaginaire » où chacun va projeter sur l'enfant à venir ses craintes et ses attentes. Il est d'ailleurs important de souligner que les émotions vécues pendant cette période sont aussi fortes chez la mère que chez le père. Pour la femme, c'est l'enfant espéré depuis sa propre enfance : celui qu'elle voulait de son père pendant la phase de l'Oedipe, puis, c'est celui qu'elle a espéré dans la rencontre avec un homme. Quant au père, sa place et son rôle change à ce moment. Il devient père et transmet son nom. Ensuite, arrive le nouveau-né qui va grandir aux côtés de ses parents, qui eux vont tenter d'exercer leur rôle au mieux.

On voit donc que le terme parentalité est un processus et non un état. Celui-ci évolue depuis l'idée même de la conception de l'enfant et tout au long de la vie. A chaque nouvelle naissance, ce processus est ravivé. Ainsi, à la suite de E.H. Erikson, Gérard Poussin souligne que « chaque maternité est une étape de développement pour la femme »⁹. Le bouleversement est si intense qu'il est comparable à une crise identitaire. A chaque nouvel enfant est associée une nouvelle crise et celle-ci ne se passe pas la même chose selon l'âge des parents. J'aimerais également ajouter que, d'après ce que j'ai écrit plus haut, cette étape

⁵ LAMOUR M, BARRACO M. *Souffrances autour du berceau : Des émotions au soin*. Gaëtan Morin éditeur. Montréal. 1998. page 26.

⁶ NEIRINCK C. *De la parenté à la parentalité*. Edition Erès. Raimonville Saint-Agne. 2001. page 16.

⁷ Annexe 1

⁸ SPARROW J. « Processus de parentalité : parenter le bébé imaginaire ». *Fonctions maternelle et paternelle*. Editions Eres. Raimonville Ste Agne. 2000. p. 28.

⁹ Op. cit. p. 9. Page 79.

est aussi forte en changement pour le père que pour la mère. J'imagine donc que l'on peut parler de crise pour le père également.

Afin de définir au mieux ce concept, j'ai choisi d'utiliser la théorie du Docteur Houzel¹⁰. Selon lui, il y a trois axes à la parentalité et ceux-ci sont interdépendants.

- L'exercice de la parentalité
- La pratique de la parentalité
- L'expérience de la parentalité

Afin de rendre cette recherche la plus complète possible, j'ai choisi d'étayer chacune de ces notions avec d'autres concepts.

L'exercice de la parentalité

L'exercice de la parentalité concerne les droits et les devoirs que les parents doivent respecter dès lors que l'enfant vient au monde. Il s'agit par exemple de la surveillance ou de la protection. On peut également mentionner le droit de décision, ou de garde. Il y en a bien d'autres encore. On peut comprendre cette définition grâce à deux notions :

- Au travers de la loi, les parents ont certaines obligations à respecter. Il est intéressant de savoir que, malgré ce que l'on peut penser, la question des tâches à accomplir lorsque l'on a l'autorité parentale est relativement récente. Elle est apparue dans les années où le divorce a émergé. Dès lors, il fallait s'interroger sur les manières d'aménager les relations entre l'enfant et le parent séparé. En termes de loi, il y a tout d'abord l'obligation d'entretien, que ce soit les frais d'éducation, de formation et de protection, au niveau corporel, intellectuel et moral, qui apparaît dans les articles 276 et 302¹¹ du code civil¹². On voit également, à l'article 301¹³, que ce sont les parents qui gèrent l'éducation de leurs enfants. Avec la loi, on apprend donc ce qu'un père ou une mère est tenu de faire au niveau financier principalement.
- Au niveau symbolique, c'est l'axe qui investit le parent dans son rôle. Le fait de devenir parent change son statut social. La personne n'est plus seulement citoyenne au sein de la société, mais elle devient parent. D'autres responsabilités lui incombent, comme je viens de l'expliquer. Son rôle au niveau sociétal a changé. C'est alors à elle de l'investir au mieux.

La pratique de la parentalité

Dans ce point, on retrouve toutes les activités de la vie quotidienne qu'un parent doit faire pour le bien être de son enfant.

Afin de connaître les tâches qui incombent à un parent, Marc Boily, Myreille St-Onge et Marie-Thérèse Toutant proposent dans leur livre¹⁴ une mise en parallèle de ces notions avec

¹⁰ HOUZEL D. *Les enjeux de la parentalité*. Editions Erès. Raimonville Saint-Agne. 2007.

¹¹ Annexe 2

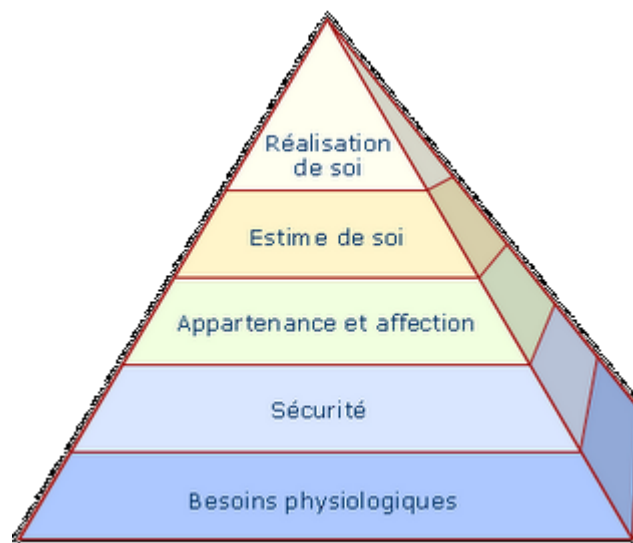
¹² Assemblée fédérale de la Confédération suisse. *Code civil suisse*. Berne. Chancellerie fédérale. 2004. pages 70 et 78.

¹³ Annexe 3

¹⁴ Op. cit. p. 9. Page 48.

la pyramide de Maslow. Comme le montre l'image ci après, elle répertorie les besoins humains en cinq catégories qui ont chacune une importance différente. En premier lieu, il y a les besoins physiologiques, ensuite, on trouve les besoins de sécurité, puis ceux d'appartenance. Pour continuer, il y a les besoins d'estime et pour terminer ceux de réalisation de soi. Ces besoins évoluent et leur importance diffère d'une personne à l'autre, selon son histoire et son environnement. Néanmoins, leur ordre chronologique reste identique pour tout le monde.

Tableau 1 : Pyramide de Maslow¹⁵ :



Puisque l'enfant n'est pas en mesure de répondre de manière autonome à ces besoins, le parent aura un grand rôle à y jouer. Tout d'abord, dans les premières années de sa vie, l'adulte va répondre aux besoins physiologiques de l'enfant, étant donné sa grande dépendance. Il le nourrira, le lavera et lui fournira les soins dont il a besoin. Ensuite, il va tenter de lui offrir suffisamment de protection, autant physique que psychologique. Pour cela, il sera notamment une ressource matérielle. Ainsi, il va le protéger des maladies avec des habits chauds, le protéger de ses peurs par sa présence, etc. Vient alors le besoin d'appartenance que le parent comblera en apprenant à l'enfant la socialisation, soit par des activités, soit par l'apprentissage de comportements adaptés. D'autres valeurs lui seront également transmises, telles que le respect et la confiance, qui favoriseront l'acquisition du besoin d'estime. En effet, en étant attentif à ces notions, les personnes qu'il va côtoyer vont le ressentir. Ainsi, ils l'apprécieront davantage. Plus l'enfant est apprécié, plus son estime de lui sera renforcée. Pour terminer, le parent doit apprendre à l'enfant à utiliser au mieux ses capacités pour ainsi se développer et satisfaire le besoin de réalisation de soi.

¹⁵La pyramide de Maslow « Le sémioscope ». URL : <http://semioscope.free.fr>. Consulté le 10 novembre 2010.

L'expérience de la parentalité

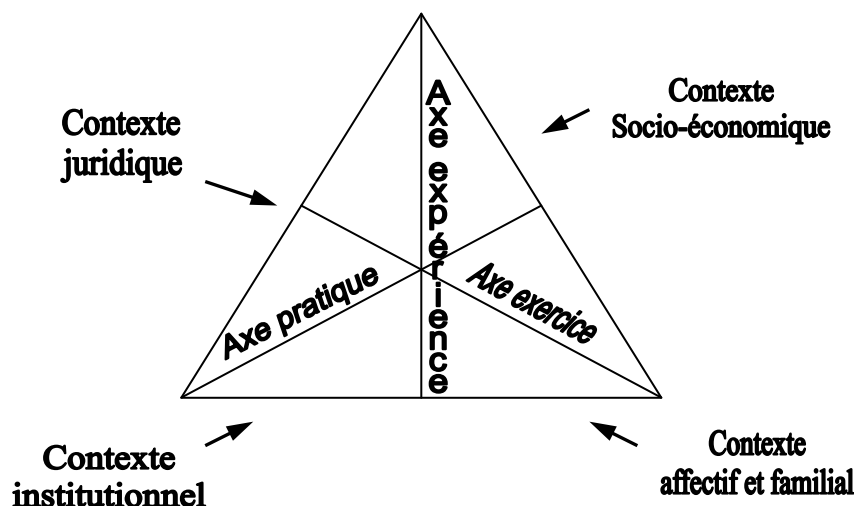
A ce stade, j'ai parlé des devoirs juridiques du parent ainsi que des actes concrets et quotidiens qu'il doit réaliser. Cependant, il me manque un point important : le ressenti du parent, ce qui fait qu'il se sente parent ou non. . Ce point se base sur les émotions du parent, sur sa vie psychique.

Cette notion de sensibilité, Gérard Poussin l'exprime très fortement avec l'un de ses concepts. Le parent, grâce à ses ressentis, va devoir comprendre ce que vit l'enfant. On dit alors qu'il est capable d' « accordage »¹⁶, ce qui signifie mettre en accord ses sensations et celles de l'enfant. Afin d'y parvenir, le parent doit être capable de se plonger à nouveau dans le monde infantile dans lequel il a vécu. Ainsi, il pourra traduire les besoins de l'enfant avec son regard d'enfant et non celui d'adulte. C'est donc le fait de lui donner une réponse par rapport aux besoins qu'il a, par rapport à son âge ainsi qu'à sa personnalité. Les pleurs d'un bébé peuvent signifier des quantités de choses : faim, tristesse, colère, fatigue, douleur, etc. Ce sera alors aux parents d'imaginer la signification de ces cris.

C'est ainsi que le Docteur Houzel définit la parentalité. Cependant, selon Catherine Sellenet, ces trois axes ne prennent en compte que la dyade parent-enfant et laisse de côté toute la dimension environnementale dans laquelle vit la famille. Selon elle, toute une dimension a été oubliée :

« Le contexte économique, culturel, social, familial, les réseaux de sociabilité, le contexte institutionnel, c'est-à-dire l'étude de l'ensemble des interventions proposées ou imposées à cette famille, le contexte juridique clair ou confus gérant les rapports entre les individus. »¹⁷

Tableau 2 : Parentalité contextualisée



¹⁶ Op Cit p. 9. Page 81.

¹⁷ SELLENET C. « Essai de conceptualisation de la parentalité ». *Centre documentaire réseau enfance*. Le 27 septembre 2007. URL : <http://documentation.reseau-enfance.com>. Consulté le 10 novembre 2010.

Afin d'illustrer au mieux ses propos, elle a construit le schéma ci-dessus. Ainsi, il est plus aisé de comprendre le sens de ses propos. Autour des trois axes expliqués par Houzel se trouve le contexte. Celui-ci est de plusieurs ordres : juridique, socio-économique, institutionnel et familial. Afin de faire le lien avec ma problématique, je pense que c'est au travers du contexte familial que la maladie psychique d'un parent va jouer un rôle dans leur parentalité. C'est également le contexte institutionnel ainsi que les réseaux de sociabilité qui peuvent influencer leur rôle. Toute intervention extérieure va jouer un rôle sur la parentalité de chacun.

Le terme parentalité est également très en vogue actuellement du fait d'une réelle volonté publique d'agir sur ce rôle de parent. En effet, comme évoqué plus haut, les parents sont très rapidement montrés du doigt, accusés de démission lorsqu'un enfant n'entre pas dans les normes. Beaucoup doutent de la capacité des familles à éduquer leurs enfants, alors qu'ils oublient que cette éducation ne se fait pas uniquement par les parents. Actuellement, énormément d'enfants fréquentent des crèches où les règles de socialisation entre autre y sont également inculquées. Cependant, si ce mot est à la mode, ce n'est pas l'unique raison. C'est également parce que depuis cinquante ans, de nombreuses recherches ont démontré l'importance des soins parentaux pour le bon développement psychique et la santé mentale de l'enfant. Pour répondre aux différentes failles parentales, un nouveau courant de pensées a mis sur pied des modes d'intervention où il est question de mettre en avant les compétences parentales. Cela permet aux parents d'apercevoir davantage ce dont ils sont capables, de se sentir plus compétents et de ce fait, plus responsables. C'est ce que propose notamment Christian Côté¹⁸. Cette revalorisation des compétences parentales pourrait, d'après moi, porter ses fruits face à des personnes renfermées dans des peurs et ne s'apercevant plus de leurs capacités, comme pourraient l'être des mamans souffrant de troubles psychiatriques.

Enfin, la parentalité peut être renforcée, influencée de manière positive par différentes personnes. Il s'agirait d'améliorer l'identité parentale, le sentiment de compétence que l'adulte peut éprouver. On appelle cela la « parentalisation »¹⁹. Il y a deux grandes formes de parentalisation. Tout d'abord, le bébé lui-même peut, par ses interactions avec sa mère ou son père, mettre en évidence leurs compétences. Ensuite, la parentalisation s'utilise énormément dans le couple, à partir du moment où celui-ci entretient des liens solides. C'est une manière de se soutenir et de s'encourager. Le père, par exemple, grâce à son soutien émotionnel, va encourager sa femme dans ses actions. Il va calmer ses angoisses et écouter ses difficultés. Cela va renforcer ce que M. Lamour et M. Barraco appellent la maternalité. Quant à la femme, ces mêmes auteurs relèvent que les représentations qu'elle a de l'implication de son mari dans la relation qu'il entretient avec son enfant vont influencer sa propre perception. A première vue, le couple réuni permettrait une meilleure estime du parent dans son rôle. Cet élément sera très intéressant à vérifier lors de ma recherche.

Pour conclure, je pense donc que pour bien définir ce concept, il faut s'attarder sur les trois axes du professeur Houzel, soit l'exercice de la parentalité qui est lié avec le point de vue

¹⁸ COTE C. *Conférence sur les fonctions et les compétences parentales : ce qu'elles sont, comment les identifier et comment les supporter dans l'intervention*. Dans le cadre de la journée pédopsychiatrique de Pavillon Roland-Saucier. « Père et mère, les deux font la paire : rôles et responsabilités parentales. Octobre 2000. Chicoutimi. URL : www.regroupement.net/conférence.pdf. Consulté le 10 septembre 2009.

¹⁹ LAMOUR M., BARRACO M. *Souffrances autour du berceau : Des émotions au soin*. Gaëtan Morin. Montréal. 1998. Page 28.

juridique, la pratique de la parentalité qui correspond aux besoins de l'enfant en lien avec la pyramide de Maslow et l'expérience de la parentalité qui traite plus précisément du psychisme de la personne. La famille forme alors une entité qui interagit avec différentes autres entités. Son environnement est donc crucial pour bien comprendre son fonctionnement.

3.2. La maternité

La parentalité étant définie, il me reste à m'interroger particulièrement sur la notion de maternité. Être parent comporte un certain nombre de responsabilités, comme expliqué plus haut. Cependant, ma question de départ repose uniquement sur l'aspect maternel. Avec l'émancipation de la femme, l'égalité des sexes ou encore le partage des tâches, je me demande où se situe la mère à travers ces dimensions. Quel rôle a-t-elle encore aujourd'hui au sein de la famille ? Est-il différent de celui de l'homme ou pouvons-nous constater un équilibre parfait ? Voilà ces quelques questions auxquelles je vais tenter de répondre avec ce qui suit.

Tout d'abord, je trouve intéressant de reprendre l'explication d'Yvonne Knibiehler²⁰. Elle explique que le terme maternité n'est apparu qu'au XII^{ème} siècle. Cette invention était religieuse. Dans un premier temps, elle désignait la fonction de l'église comme mère des malheureux. Ce n'est qu'au siècle des lumières, soit dès le XVII^{ème} siècle, que la maternité a clairement été mise en relation avec l'identité féminine.

Comme l'explique Elisabeth Badinter²¹, la famille occidentale a toujours été en corrélation avec la puissance paternelle. La mère, quant à elle, était plus ou moins au même niveau que ses enfants. On peut dire que la femme était soit la fille, soit l'épouse de quelqu'un. Pourtant, très tôt déjà, des propos d'égalité et de respect des époux étaient émis : Jésus Christ demandait que la femme soit traitée comme la compagne de son mari, et non comme quelqu'un de profondément inférieur à lui. Ses idées n'ont pas toutes été entendues. Le droit d'autorité de l'homme sur ses enfants et leur mère a été pendant longtemps valorisé. D'ailleurs, pendant toute cette période, le mariage ne signifiait en rien amour conjugal, bien au contraire. Il était surtout un contrat entre l'homme et la femme, ainsi que leur famille respective. Un des objectifs importants de cette union était de faire des enfants.

Les relations mères-enfants, quant à elles, ne semblaient pas non plus contenir beaucoup de tendresse. Il y avait passablement d'indifférence, voire même de préférence pour l'un ou l'autre des enfants de la part des mères. Ce n'est qu'à la fin du XVIII^{ème} siècle, que ce phénomène commença à se modifier. Le mythe de l'instinct maternel s'installa. On a alors ordonné aux femmes de s'occuper de leurs enfants. L'amour de la mère devient une valeur à part entière, un acte naturel. Les pères s'effacent alors progressivement de l'éducation des enfants, pour laisser place à la femme. Ces changements s'effectuèrent très lentement. Ce n'est que vers le début du XX^{ème} siècle seulement que toutes les femmes s'étaient conformées à cette manière de faire. C'est à ce moment-là également qu'elles commencèrent à obtenir une position sociale pour elle. En effet, c'est durant cette période

²⁰ KNIBIEHLER Y. « La maternité en démocratie ». *Maternité et parentalité*. Editions ENSP. Rennes. 2004. pages 11-20.

²¹ BADINTER E. *L'amour en plus. Histoire de l'amour maternel au XVIIe et XXe siècle*. Flammarion. Paris. 1980.

que certains pays accordèrent les premiers le droit de vote aux femmes. En deux siècles, les femmes sont devenues les actrices principales de l'éducation de leurs enfants. Les hommes, pendant ce temps, se sont retirés de ces tâches.

Depuis quelques décennies maintenant, comme l'explique Geneviève Cresson²², l'on met davantage en avant le terme de parentalité, dans le but d'inclure à nouveau les pères dans leurs tâches familiales. Au niveau public, on prône haut et fort une égalité parfaite, tant pour le bien des enfants que pour celui des pères. Ces derniers, autrefois distants et davantage préoccupés par leur apport financier, cherchent à devenir aujourd'hui davantage présents dans la relation à l'enfant. L'idée égalitaire est prônée tant par les autorités que par beaucoup d'associations. De plus, au niveau de l'individu ou du couple, nombreux sont ceux qui revendiquent les pratiques égalitaires. Cependant, la différence entre les mots et la pratique est encore flagrante.

Comme le démontre très clairement Beat Fux²³, les tâches parentales et domestiques sont encore bien définies au sein de la famille. Son étude, basée sur les recensements de la population de 1970 à 2000, vise à observer une éventuelle évolution de pratiques. On peut voir qu'en termes de vie professionnelle avant la maternité, les femmes ont un taux de travail relativement similaire aux hommes, bien que toujours inférieur. Cependant, dès l'arrivée d'un enfant, c'est elles qui réduisent considérablement leur taux de travail, jusqu'à devenir mères au foyer à plein temps. Elles reprendront une activité professionnelle lorsque les enfants seront plus grands, en commençant d'abord par un travail à temps partiel. Quant aux hommes, assez rares sont ceux qui diminuent leur taux de travail. Très peu sont ceux qui arrêtent complètement leur activité professionnelle pour se consacrer à leurs enfants. On ne peut donc pas dire que l'égalité en termes d'éducation des enfants soit réalisé. Dans la plupart des cas, ce sont toujours les mères qui passent davantage de temps avec leurs enfants. Ce sont elles qui arrêtent leur travail pour les élever et pour s'occuper des tâches domestiques. Une sensible évolution apparaît quant au travail domestique. Les hommes semblent légèrement plus s'investir dans ce domaine, et cela depuis les années 1990.

Grâce à l'étude retranscrite par Janine Mossuz-Lavau²⁴, les femmes d'aujourd'hui rêvent de maternité. Celles qui sont déjà mères témoignent de tous ces bienfaits ainsi que du bonheur qu'engendre la maternité. Cependant, la vie professionnelle est également importante, voire même primordiale au sein de notre société. Le travail signifie autonomie. Cela leur permet de ne pas être dépendantes de leur conjoint. Il favorise également les contacts sociaux et éloigne les femmes pendant un moment des tâches ménagères. Par le travail, elles se sentent également valorisées. Il faut dire que le travail domestique est largement sous-évalué. Il aurait une valeur humaine, sans vraiment avoir une valeur marchande.

Les femmes d'aujourd'hui veulent tout, comme le dit cette même auteure. Elles sont donc abonnées aux doubles journées, puisque, une fois le travail terminé, il faut s'occuper du foyer. Et comme expliqué plus haut, les hommes peinent encore à se mettre aux tâches domestiques ou à l'éducation des enfants.

²² CRESSON G. « De l'idéal égalitaire aux pratiques inégalitaires, quelles "réorganisations" ? » *Maternité et parentalité*. ENSP. Rennes. 2004. pages 117-126.

²³ Recensement fédéral de la population 2000. *Evolution des formes de vie*. Office fédéral de la statistique suisse. Neuchâtel. URL : www.bfs.admin.ch. Consulté le 10 octobre 2010.

²⁴ MOSSUZ-LAVAU J. « Au cœur des désirs et des plaisirs, la maternité persiste et signe ». *Repenser la maternité*. Editions ENSP. Rennes. 2004. pages 24-28.

La mère d'aujourd'hui doit donc jongler entre les tâches parentales, les tâches domestiques et bien souvent une activité professionnelle. Bien qu'un peu plus soutenue qu'avant par son conjoint, c'est elle qui continue à s'occuper le plus du foyer et des enfants. Ce sont en ces termes que l'on peut qualifier la mère actuelle : présente, affective, autoritaire, active, ménagère et bonne cuisinière. On peut donc dire que, même si le concept de parentalité voulait tendre à insérer les hommes dans ces tâches, ce sont encore les femmes qui y sont le plus concernées.

3.3. *Le handicap*

Dans ma question de départ, hormis le terme de parentalité, le concept de troubles psychiatriques est avancé. Celui-ci évoque implicitement la notion de handicap. Je vais m'y attarder quelque peu maintenant.

Comme l'expliquent Jason Borioli et Raphaël Laub²⁵, le terme « handicap » est d'origine relativement récente. Il serait tiré d'un jeu de chance anglais appelé « hand in cap », soit la « main dans le chapeau » qui existait au XVII^{ème} siècle, voire même plus tôt. Le siècle suivant a repris cette nomination dans les courses de chevaux. On l'utilisait alors pour l'animal le plus performant. Celui-ci devait soit courir plus longtemps, soit supporter un poids plus lourd afin d'avoir un niveau égal aux autres. Ce n'est qu'au début du XX^{ème} siècle que ce mot renverra à une déficience à proprement parler.

Ses origines reflètent une volonté de compenser, de mettre tout le monde au même niveau. Cependant, cela ne semble pas être sa définition actuelle. Celle-ci souligne davantage le manque, le déficit qu'a la personne plutôt qu'une volonté d'équité.

Pendant tout le XX^{ème} siècle, on a mis en avant une perspective linéaire du handicap. Autrement dit, il s'agissait de mettre l'accent et de comparer les différences entre personne valide et personne dite handicapée. Dès lors, on considérait quelqu'un comme handicapé dès le moment où il ne pouvait pas effectuer les mêmes actions que tout un chacun. On centrait donc cette notion sur ses déficits et par la même occasion, on réduisait son identité à une de ses caractéristiques. En résumé, soit on était handicapé, soit on ne l'était pas. C'est la personne elle-même qu'il fallait changer pour qu'elle soit capable de s'épanouir dans son environnement. Ce modèle a été largement critiqué, notamment par les personnes handicapées elles-mêmes. Elles prônaient, inversement, un modèle social du handicap. Cela signifierait qu'en réalité, la société crée le handicap chez certaines personnes du fait des nombreux obstacles auxquels elle est confrontée. C'est alors à la société de modifier ces obstacles pour qu'ils soient accessibles à tout un chacun. Il s'agirait, par exemple, de rendre tous les endroits publics accessibles afin qu'une personne en chaise roulante ne se trouve pas en situation de handicap, car elle ne peut pas accéder à la salle de cinéma ou au guichet de poste du coin. Le vocabulaire traduit ce changement de perspective : on ne parle plus de personne handicapée (qui renvoie à un état) mais de personne en situation de handicap (qui souligne le fait que le handicap est relatif). Une personne considérée jusqu'alors comme souffrante et dépendante devient quelqu'un qui a des ressources, des droits, et par conséquent, une dignité. Cependant, ces deux approches ont leurs limites. Le

²⁵ BORIOLI J. et LAUB R. « Des acceptations du handicap, l'évolution du mot « handicap » de ses origines à nos jours » s. *Handicap, de la différence à la singularité*. Edition médecine et hygiène. Chêne-Bourg. 2007. pages 25 à 45.

modèle linéaire néglige tout le contexte de la personne. Comme je l'ai dit, soit on est handicapé, soit on ne l'est pas. Quant au modèle social, il ne prend pas en compte les spécificités de chacun. Par exemple, lorsqu'il y aura une rampe à toutes les salles de cinéma, la personne qui aura des problèmes d'équilibre ne pourra peut-être plus se rendre dans ce lieu, les escaliers lui étant plus pratiques. Ces deux théories ont donc leurs lacunes propres.

Le vocabulaire a continué également à évoluer. De handicapé, on est passé à personne handicapée. Cela a été une première étape pour permettre à la société de voir ces gens comme des êtres humains à part entière. Il n'était dès lors plus possible de les réduire à leur seul handicap. De la personne handicapée, on passe ensuite à la personne en situation de handicap. Ce changement est né des différentes réflexions qui ont été amenées par la CIF (Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé) et le PPH (Processus de Production de Handicap), que je vais développer maintenant.

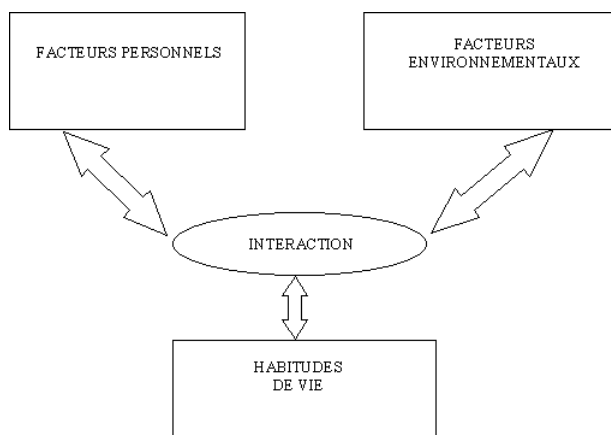
La CIF a été élaborée pendant de nombreuses années et proposée par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé). Elle a la volonté de regrouper les deux modèles expliqués plus haut, soit le linéaire et le social. En articulant les deux perceptions, l'on peut voir apparaître une vision plus systémique. Concrètement, elle décrit précisément trois domaines ; les fonctions organiques et les structures anatomiques, les activités et la participation, ainsi que les facteurs environnementaux. Chacun d'eux comportent de nombreuses catégories et items à évaluer pour une personne. Lorsque tous les points seront remplis, il sera alors possible de définir le fonctionnement propre d'une personne. Malheureusement, la CIF n'est pas encore suffisamment rationnelle pour évaluer les différentes variables, ni suffisamment développée sur le plan de l'environnement, par rapport au plan personnel. Ces critiques forcent cette classification à un continuel développement.

Ce n'est qu'avec le modèle du processus de production de handicap qu'il est possible de distinguer l'importance de l'interrelation de l'environnement et des concepts personnels, tels que l'identité, les capacités organiques, les habitudes de vie ou encore les facteurs de risques. Il faut cependant remarquer que ce modèle est relativement récent. Il n'a été terminé qu'en 1998. Il se définit comme étant un : « modèle explicatif des causes et conséquences des maladies, traumatismes et autres atteintes à l'intégrité ou au développement de la personne. »²⁶

²⁶ FOUGEYROLLAS P. et al. *Schéma conceptuel. Processus de production du handicap*. Réseau international sur le processus de production du handicap. Québec. 1998. Page 33.

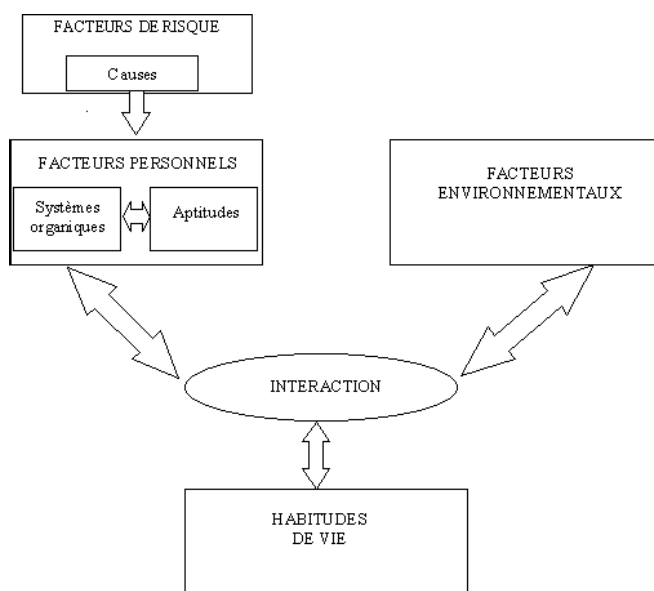
Le processus de production de handicap repose tout d'abord sur « le modèle générique du développement humain »²⁷. Celui-ci est régi par un ensemble d'interactions entre les facteurs personnels, environnementaux et les habitudes de vie. Chaque personne évolue en fonction de ces trois critères. Ce schéma est représenté de la manière suivante :

Tableau 3 : modèle générique de développement humain²⁸



Ce schéma très simple peut être appliqué à chacun. C'est sur cette base que le processus de production de handicap a été construit.

Tableau 4 : processus de production de handicap²⁹



²⁷ FOUGEROLLAS P. « Classification québécoise du processus de production de handicap ». *Laboratoire d'informatique médicale*. URL : www.med.univ-rennes1.fr. Consulté le 10 novembre 2009.

²⁸ Classification québécoise du processus de production de handicap. *Centre d'information sur la surdité d'Aquitaine*. URL : www.cis.gouv.fr. Consulté le 10 novembre 2009.

²⁹ Ibid.

Il est possible de distinguer deux catégories de facteurs personnels : d'une part les systèmes organiques qui englobent tous les systèmes du corps (digestifs, nerveux, musculaires, etc.) et d'autre part les aptitudes personnelles qui sont les capacités d'une personne à effectuer certaines activités (intellectuelles, motrices, respiratoires, reproductives, etc.). Ces dernières se développent d'une manière ou d'une autre selon certains environnements ou habitudes de vie. On observe donc une interaction entre les trois grands champs que sont les facteurs personnels, environnementaux et les habitudes de vie. Cette volonté de préciser ces deux catégories a été pensée pour éviter de réduire le handicap uniquement à un problème organique. En effet, certaines personnes se trouvant en situation de handicap n'ont pas de pathologie physique reconnue. D'ailleurs, les mères dont je parle dans mon travail sont en situation de handicap sans avoir pour autant un problème physique qui apparaît au premier plan.

Un autre facteur a été rajouté, celui des risques. C'est une composante essentielle pour expliquer le processus de production de handicap. En effet, c'est un élément qui vient soit de l'individu, soit de l'extérieur, qui pourrait provoquer une atteinte au développement de la personne. Il y a quatre grandes catégories de risques : les risques biologiques, ceux liés à l'environnement physique, ceux liés à l'organisation sociale et ceux liés aux comportements individuels et sociaux. Le facteur de risque pourrait être la cause d'une situation de handicap.

Tous ces facteurs se trouvent sur des échelles de la plus grave des situations à la meilleure. Ce n'est pas quelque chose de statique, puisque les situations peuvent évoluer. Chaque catégories est alors détaillée en sous catégories, le but étant de mesurer l'importance de la situation de handicap. Le PPH est donc une analyse très fine et détaillée de la situation d'une personne.

Pour ce travail, je peux dire que les mères qui souffrent de troubles psychiatriques peuvent se retrouver, à un moment ou à un autre, en situation de handicap. En effet, elles sont confrontées à des risques par rapport à leurs comportements individuels et sociaux, du fait de leur maladie. Par exemple, une crise d'angoisse les amènerait à adopter des comportements peu communs. A un moment précis, elles se retrouvent donc en situation de handicap. Elles ne peuvent gérer une difficulté comme la plupart des gens, du fait de cette angoisse. Voilà en quoi, selon moi, souffrir de troubles psychiatriques amènent ces femmes à se trouver en situation de handicap.

3.4. Le trouble psychiatrique

Attardons-nous à présent sur le trouble psychiatrique. Ce dernier est très vaste. Il compte trois types de structures de personnalités : névrose, psychose et état limite. Dès lors, toute une série de maladie sont classées et expliquées grâce à deux manuels, le DSM (Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux) et la CIM (Classification Internationale des Maladies). On trouve de nombreuses explications sur ces grandes catégories. Mais qu'en est-il de la définition du trouble psychiatrique même ? On nomme également cet ensemble de différentes manières, telles que troubles psychiques, ou encore maladie mentale. Mais que signifie-t-il réellement ?

Avant de commencer mes recherches, je pensais trouver une définition universelle, ou du moins un consensus pour définir ces termes. Il n'en est rien. En effet, différents courants gravitent autour de ces termes et chacun d'eux ont leur propre opinion, leur propre réalité sur

le sujet. Lorsqu'il y a trouble psychiatrique, la partie lésée de la personne correspond à son intentionnalité, c'est-à-dire à ses désirs, ses croyances, ou encore à sa raison. Il touche le subjectif qu'il y a en chaque individu. De ce fait, beaucoup se demandent encore comment il est possible d'objectiver le subjectif. Comment il est possible d'amener un diagnostic ou une raison à un désir hors norme. Ce trouble fait donc encore beaucoup parler de lui.

D'autres points flous viennent s'ajouter à cette subjectivité. Tout d'abord, l'on constate que la notion d'universalité pour le diagnostic d'un trouble psychiatrique est remise en question. Selon les cultures, on peut remarquer que certaines maladies sont plus ou moins présentes, voire que certaines sont typiques de certains pays. Selon le contexte de vie, le diagnostic peut se modifier. De plus, il arrive que, selon le médecin, le diagnostic change. Ces diverses constatations laissent certains perplexes, quant au bien fondé de cette branche de la médecine.

Lorsque l'on cherche à définir la maladie mentale, on observe trois principaux points de vue. Tout d'abord, il y a le courant neurobiologique. Des problèmes de molécules dans le cerveau sont à l'origine de la maladie. D'ailleurs, les médicaments administrés aux personnes souffrant de troubles psychiatriques attestent que ces difficultés sont bien du domaine de la maladie, et donc de la médecine. Ensuite, il y a la psychanalyse. Selon ce courant, chacun possède un appareil psychique qui a un fonctionnement propre. Chaque manière d'agir et de penser peut être expliquée. Les difficultés psychiques peuvent alors être atténuées par le biais des psychothérapies, qui vont utiliser la parole, l'écoute ou encore les jeux de l'inconscient. Le dernier point de vue accuse le groupe d'être responsable des personnes souffrant de troubles psychiatriques. Selon eux, ils ne sont que le reflet d'une société malade. C'est le courant sociologique qui travaille notamment par les thérapies familiales. Ces trois courants de pensées ont leurs résultats, leurs bienfaits et leurs lacunes. La psychiatrie tient depuis toujours une place particulière au sein de la médecine : une médecine subjective. L'ambiguïté est encore plus forte quand on constate que ces difficultés sont prises en compte, non seulement par la psychiatrie, mais également par beaucoup d'autres corps de métier : assistants sociaux, éducateurs sociaux, infirmiers, tuteurs, thérapeutes, etc.

Edouard Zarzifian³⁰, considère que « la maladie mentale n'est que l'exagération, la caricature de tout comportement humain. »³¹ Sans définition propre de ce qu'est la maladie psychique, il cherche alors à définir ce qu'est la normalité de la pensée.

- ⇒ La normalité, le fait d'être dans la norme signifie, selon le dictionnaire de l'essentiel en sociologie³², respecter certains codes de conduites qui découlent des valeurs d'une société.
- ⇒ La pensée, quant à elle, est une : « activité psychique rationnelle, par concepts, visant la connaissance »³³

³⁰ ZARZIFIAN E. *Les jardiniers de la folie*. Edition Odile Jacob. Paris. 2000.

³¹ Ibid. page 9.

³² COUET J.-F.- DAVIE A. *Dictionnaire de l'essentiel en sociologie*. Editions Liris. Quatrième édition. Paris. Septembre 2004. Page 42.

³³ LAMBRECHTS C. *Petit Larousse illustré* 2007. Paris. Larousse. 2006. page 802.

La normalité de la pensée peut s'évaluer de deux manières : en relation avec l'individu lui-même, ou avec son groupe d'appartenance. Tout d'abord, on peut l'analyser par rapport à son mode de pensée habituel. Les changements apparents sont alors d'ordre qualitatif ou quantitatif. Il se peut qu'une personne change totalement de manière d'interpréter une situation. Les pathologies qui découlent de ce genre de modification de la pensée seraient de l'ordre du délire. En ce qui concerne la quantité, un individu peut, contrairement à son mode de fonctionnement antérieur, éprouver des pensées démesurées. On constate cela particulièrement avec les sentiments et notamment l'humeur. Des maladies risqueront alors de se développer autour de ces modifications. La deuxième manière d'évaluer la normalité de la pensée est de porter son attention sur le groupe socioculturel auquel l'individu appartient. Il faut alors qu'il ait des manières d'être et d'agir relativement similaires aux autres personnes. Il doit pouvoir s'adapter à des situations données. La manière dont il appréhende la réalité sera également prise en compte. Chacun appréhende le monde à sa manière et en fait sa propre réalité. Pour que notre réalité soit considérée comme normale, il faut qu'elle soit relativement semblable à celle des autres. Sans cela, on ne sera pas dans les normes et on parlera alors d'hallucinations.

Avec tous ces points, il est difficile de définir la normalité comme un état stable et définitif. On est tous plus ou moins normal selon le moment ou les circonstances. La pathologie peut par contre apparaître comme une rupture par rapport à un état antérieur. Des facteurs intrinsèques, ou génétiques par exemple, font que l'on développe ou non une maladie. Cependant, chacun de nous peut à un moment donné développer une pensée anormale.

Selon la politique nationale suisse de la santé³⁴, divers déterminants sont importants pour la prévention, le maintien ou encore le rétablissement de sa santé psychique. Voici ci-dessous les six éléments les plus influents.

- Tout d'abord, il y a les déterminants biologiques. On sait que la génétique et la neurologie jouent un rôle fondamental dans le développement d'une maladie psychique.
- En deuxième point, on trouve les déterminants psychologiques. Ceux-ci ont un rapport avec la manière dont l'individu se perçoit et du sentiment qu'il a de pouvoir maîtriser son existence.
- Ensuite, il y a les déterminants sociaux. Ceux-ci sont en lien avec les relations sociales qu'un individu peut avoir, dans le cadre de la famille, du travail ou encore de ses loisirs.
- On trouve alors les déterminants socio-économiques. On peut voir que dans notre société, le travail a une importance capitale. Il détermine la personne que nous sommes.
- Puis, viennent les déterminants socioculturels. Les valeurs d'une personne, ses croyances ou encore ses possibilités d'autodétermination auront également une influence sur sa santé psychique.
- Enfin, l'accès à des dispositifs d'aides, qu'ils soient professionnels ou non, permet à chacun de se protéger ou de rétablir sa santé psychique.

³⁴ LEHMANN Philippe. *Santé psychique. Projet destiné aux prises de position*. Politique nationale suisse de la santé. Février 2004.

Par contre, on parlera de maladie psychiatrique chronique lorsqu'il y a un des critères suivants : apparitions périodiques des symptômes, durée ou aggravation des symptômes, gravité du trouble, comorbidité, mauvaise adaptation sociale et durée du traitement psychiatrique.

De manière plus claire, Gérard Zribi³⁵ nous donne une définition de ce qu'est le handicap psychiatrique. Tout d'abord, il le distingue clairement du trouble psychiatrique. Dans la grande catégorie des personnes souffrant de troubles psychiatriques, seuls certains d'entre eux se trouvent en situation de handicap, du fait de leurs pathologies. En quelques sortes, ils sont reconnus comme handicapés, notamment par l'administration. Ces personnes se distinguent par exemple parce qu'ils sont au bénéfice d'une rente de l'assurance invalidité. Le handicap psychique se caractérise par une altération de différents domaines :

- La pensée et les sentiments : L'image de soi, la perception, la communication ou encore la sociabilisation sont touchées
- Les compétences sociales : Les actes de la vie quotidienne ou encore l'autonomie sont altérées
- L'adaptation sociale et professionnelle est mise à mal
- La qualité de vie dans l'espace privé et familial est endommagée
- Enfin, le fonctionnement cognitif peut être touché, à des degrés variés.

Définir le handicap psychiatrique de manière plus précise n'est pas possible. Les différences entre chaque type de maladie, entre chaque personnalité, chaque prise en charge ou encore entre chaque possibilité matérielle sont trop importantes.

Lorsqu'il y a handicap psychiatrique, on note une situation difficile, intense et complexe qui a des conséquences sur la santé de l'individu. On peut alors imaginer ce que peut générer ce type de trouble : précarité, retrait social, stigmatisation ou encore solitude.

Outre la diversité des pathologies et du degré d'atteinte à la santé, le trouble psychiatrique est caractérisé par l'instabilité et la discontinuité. La stabilité de la personne prend du temps à s'installer et elle ne signifie pas toujours guérison. Les ruptures sont fréquentes. Rien n'est continu. La personne peut aller mieux, ou moins bien, selon les jours, les périodes ou selon les événements. Cependant, il est à noter que le potentiel cognitif n'est pas endommagé à tous les niveaux. Le trouble psychiatrique ne signifie en rien retard mental. Ces personnes ont donc les mêmes envies, les mêmes exigences et les mêmes aspirations que la plupart des gens. Elles n'ont par contre pas les mêmes moyens pour les atteindre.

Comme le relève justement Bertrand Escaig³⁶, le handicap psychique est le handicap de tous les malentendus. La personne souffre d'une maladie qui provient du cerveau. De là, il en découle des déficiences cognitives, comportementales et sociales variées. Ces manifestations, pas toujours comprises par la personne elle-même, sont d'autant plus ambiguës pour ses proches. L'incompréhension, à moyen ou à long terme provoque une mise à distance des personnes souffrantes. Elles s'isolent, évitant le plus possible les

³⁵ ZRIBI G. *Les handicaps psychiques : concepts, approches, pratiques*. Presse de l'EHESP. Rennes. 2009. Page 14.

³⁶ ESCAIG B. « Le handicap psychique, un handicap caché, un handicap de tous les malentendus ». *Revue des affaires sociales*. La documentation française. Paris. 2009. Page 85.

contacts avec l'extérieur. Dès lors, les phénomènes d'exclusion et de stigmatisation risquent d'apparaître.

3.5. Exclusion, Stigmatisation

A ce stade de mon travail, je trouve judicieux de développer les définitions mêmes de la stigmatisation et de l'exclusion. En effet, comme je viens de le souligner, ces risques sont importants pour ces personnes.

3.5.1. Processus d'exclusion

Lorsque l'on parle d'exclusion, on imagine quelque chose autour de la rupture de liens. C'est en quelque sorte le nom utilisé pour définir les malheurs du temps. Ce terme possède une grande force évocatrice, mais sa définition reste floue. Elle signifie beaucoup de situations. « Est exclue la personne qui a vu les liens qui la rattachaient aux autres se rompre et qui a été ainsi rejetée aux marges, là où les êtres perdent toute visibilité, toute nécessité et, quasiment, toute existence. »³⁷

Lorsque l'on parle d'exclusion, on englobe plusieurs phénomènes sociaux, tels que la discrimination, le racisme, la xénophobie, la ségrégation et encore la stigmatisation. Les groupes sociaux les plus touchés, sont les personnes qui souffrent de précarité, tant financière que sociale. Les mères élevant leurs enfants seules ou les personnes souffrant de troubles psychiatriques font partie de ces catégories. Les personnes concernées par mon travail sont donc sujettes à l'exclusion, plus particulièrement à la stigmatisation, ce dont je vais parler maintenant.

3.5.2. Stigmatisation

Goffman définit le stigmaté ainsi :

« Un individu qui aurait pu aisément se faire admettre dans le cercle des rapports sociaux ordinaires possède une caractéristique telle qu'elle peut s'imposer à l'attention de ceux d'entre nous qui le rencontrent, et nous détourner de lui, détruisant ainsi les droits qu'il a vis-à-vis de nous du fait de ses attributs. Il possède un stigmaté, une différence fâcheuse d'avec ce à quoi nous nous attendions. Quant à nous, ceux qui ne divergent pas négativement de ces attentes particulières, je nous appellerai les *normaux*. »³⁸

Le terme stigmaté peut se référer à deux points de vue. Tout d'abord, l'individu pense que sa différence est connue ou visible. L'autre point de vue est, à l'inverse, que l'individu pense que sa différence n'est pas perceptible. Dans la plupart des cas, le trouble psychiatrique n'est pas visible, de prime abord.

Le genre de stigmaté auquel les personnes souffrant de troubles psychiatriques risquent d'être confrontées est ce que Goffman appelle « les tares du caractère »³⁹. Ce sont tous

³⁷ BARRAS DUC S. et al. « Exclusion ». *Dictionnaire suisse de politiques sociales*. www.socialinfo.ch. Consulté le 17 septembre 2010.

³⁸ GOFFMAN E. *Stigmatés. Les usages sociaux des handicaps*. Les éditions de minuit. Paris. 1975. Page 15.

³⁹ Ibid. page 14.

traits dont sont affligés les gens qui ne sont pas dans les normes en ce qui concerne leur manière de penser ou d'agir.

A partir du moment où il y a un stigmaté, nous autres, les « normaux », considérons que cette personne n'est pas tout à fait humaine. Dès lors, nous réduisons ses chances auprès de nous d'être « à notre hauteur ». Ce phénomène est inconscient, cependant force est de constater que nous utilisons régulièrement des termes qui qualifient des personnes stigmatisées pour en faire une insulte. En ce qui concerne les troubles psychiatriques, cela est très présent. Comme l'explique Edouard Zarzifian⁴⁰, le mot folie était utilisé avant pour désigner la maladie mentale. On peut constater aujourd'hui que ce terme est employé couramment la plupart du temps, dans un but péjoratif. Avec ce mot, on peut également désigner quelqu'un qui est excessif dans un domaine : être fou de quelqu'un, quand on est très amoureux par exemple. Les noms de maladie psychiatriques subissent les mêmes déformations au quotidien : paranoïaque, hystérique, maniaque, etc. Tous ont une connotation négative et n'ont qu'un rapport très lointain avec le sens réel de la maladie. Ces utilisations, malheureusement, ne font que renforcer la mauvaise image de la psychiatrie et de la maladie psychiatrique.

Pour la personne stigmatisée, la rencontre avec des personnes dites « normales » est difficile à gérer. A chaque nouvelle rencontre, elle va se demander ce que l'autre pense. Elle ne sait jamais de quelle manière elle va être accueillie. Il y a ce sentiment constant d'ignorer ce que les autres pensent vraiment de soi. De plus, la personne cherche en permanence à contrôler l'impression qu'elle renvoie aux autres. On pourrait supposer là que les mères souffrant de troubles psychiatriques se mettent une pression supplémentaire afin d'élever leurs enfants au mieux.

La plupart des gens stigmatisés peuvent s'apercevoir qu'il existe des gens compatissant à leurs difficultés. Tout d'abord, il y a ceux qui partagent le même stigmaté qu'eux. Ceux-ci pourront lui apporter réconfort et aisance. La personne pourra alors se sentir acceptée comme quelqu'un d'identique aux autres. Dans ces groupes, on cherche souvent, par le biais de porte parole ou de membre de comité, à défendre cette cause commune auprès de la population en générale. En ce qui concerne mon sujet, on peut constater cela par le biais des groupes d'entraide ou d'associations qui militent pour les droits des personnes souffrant de troubles psychiatriques. La deuxième partie des gens compatissant aux stigmatisés englobe des personnes ordinaires, qui, du fait de leur situation, comprennent la vie des stigmatisés. Cela peut être parce qu'elles travaillent à leur côté (travailleurs sociaux, infirmiers, médecins, etc.), ou parce qu'elles sont amenées de les côtoyer régulièrement. Il s'agit alors de la famille. Parent, enfant ou conjoint sont alors souvent assimilés aux difficultés de la personne. En quelque sorte, ils portent également une partie du stigmaté. Cela explique entre autre pourquoi la plupart des gens se tiennent à distance des personnes stigmatisées.

Il existe plusieurs modèles de socialisation, selon la période de vie où le stigmaté apparaît. Pour les personnes qui souffrent de troubles psychiatriques, on peut dire qu'elles deviennent, en règle générale, stigmatisées tard dans leur vie. Elles devront alors changer leurs pensées, notamment en ce qui concerne les barrières de la norme. Par exemple, comme beaucoup de gens, jusqu'alors elles avaient peur des personnes schizophrènes.

⁴⁰ Op cit. p. 21. Page 43.

Depuis leur décompensation, elles doivent revoir leur jugement. Celui-ci sera modifié pour qu'elles parviennent à s'accepter elles-mêmes.

Lorsque le stigmaté apparaît, on peut voir les mêmes mécanismes de socialisation qui se mettent en place. Tout d'abord, les personnes stigmatisées depuis plus longtemps que la personne noueront des contacts avec elle, pour ainsi l'accueillir de la meilleure manière qui soit. Cependant, le nouveau stigmaté aura quelques difficultés, dans un premier temps, à s'identifier à ce nouveau groupe. Puis, avec le temps, il apprendra à connaître son stigmaté, en l'occurrence son trouble psychiatrique. Il parviendra à voir, chez les gens dans la même situation que lui, autre chose que la maladie. Il se rendra compte que les qualités humaines sont tout autant présentes, malgré le stigmaté en plus. Goffman pense même que la période d'hospitalisation peut être une étape durant laquelle la personne prend le temps de réfléchir à son nouveau problème et se forme une nouvelle conception de ce que sera sa vie dorénavant. La personne souffrant de troubles psychiatrique, lors de son séjour à l'hôpital, peut être amenée à réfléchir autour de ces thèmes, soit de manière autonome, soit avec l'aide du personnel hospitalier.

Pour certains, le stigmaté est visible. Goffman les appelle alors les discrédités. Ils parviennent à garder des relations sociales avec des personnes ordinaires, grâce à une sorte d'accord établi entre tous : l'indifférence. Chacun fait comme s'il ne remarquait pas le stigmaté de l'autre. Pour une autre partie, cette différence n'est pas forcément visible d'un premier abord. La question est alors de savoir s'il faut ou non parler de ce qui ne se voit pas, de quelle manière et à qui le dire. Certaines choses, sans en avoir parlé, se voient ou se détectent à travers l'expression corporelle d'un individu. Avec ses comportements, il montre certaines caractéristiques durables de sa personnalité. Goffman appelle cela « l'information sociale ». Elle peut être perçue très facilement par les gens sensibilisés à une cause, tout en restant absolument invisible pour d'autres. Les troubles psychiatriques peuvent être, à première vue, invisibles pour un inconnu. Ils ont néanmoins de graves conséquences dans la vie intime, ou simplement dans la vie de famille. Pour l'entourage, lorsque le stigmaté est gardé longtemps tabou et qu'il est dévoilé au grand jour, il peut être considéré comme un affront, une déception. La personne stigmatisée ne s'est pas confiée plus tôt et cela risquera bien de nuire à ses relations sociales.

Il y a de nombreux avantages à être considéré comme normal. C'est pourquoi, beaucoup de personnes pourvues d'un stigmaté vont faire semblant de ne pas en avoir un. Cet état de fait forcera la personne à jouer une double vie. Elle sera toujours craintive que quelqu'un découvre sa face cachée. Cependant, à trop vouloir cacher sa différence, elle risque de se voir attribuer d'autres qualificatifs qui ne lui sont pas forcément propres. On dira par exemple d'une femme qui souffre de dépression, qu'elle est paresseuse lorsque l'on constate son appartement sale ou lorsqu'elle souhaite partir se reposer sans ses enfants. Un autre risque de cette double vie est de voir son stigmaté se mettre au devant de la scène malgré lui. Une crise d'angoisse qui apparaîtrait lors d'un moment de socialisation risquerait d'être difficile à gérer pour la personne qui cherchait jusqu'alors à dissimuler ses troubles. Un autre point est également important à souligner. La personne qui cache en permanence son stigmaté se voit prise d'un poids psychologique très lourd. En effet, il est difficile de vivre dans le mensonge permanent et la crainte que quelqu'un le découvre.

Certains préfèrent au contraire passer directement de « discréditables » à discrédités en informant délibérément leurs interlocuteurs de leurs difficultés, de leur stigmaté. C'est une

manière de penser qu'il vaudrait mieux être au-dessus de ces jugements et d'assumer pleinement la différence.

L'individu qui possède un stigmaté, quel qu'il soit, fera des efforts pour que celui-ci ne s'impose pas trop lors de relations sociales. C'est une manière de détourner l'attention afin que lui et ses interlocuteurs puissent se concentrer sur la conversation. Goffman appelle cela la « couverture ». Pour les personnes qui souffrent de troubles psychiatriques, cela se manifesterait par exemple par des rencontres d'amis dans les endroits où l'on se sent à l'aise. Ils vont entre autre éviter les lieux où il y a trop de monde afin d'éviter que d'éventuelles angoisses apparaissent. C'est à chacun de trouver la meilleure stratégie qu'il pourrait adopter.

Un autre point qui me paraît important est l'identité pour soi. C'est le sentiment subjectif que chacun a de sa propre personne, en fonction de ses expériences vécues. C'est ce que la personne ressent par rapport à son stigmaté et la manière avec laquelle elle le vit. Plusieurs éléments vont alors apparaître chez chaque personne stigmatisée. Tout d'abord, l'individu ressentira de l'ambivalence à son égard. Il lui sera difficile de savoir s'il doit plutôt s'allier avec les personnes dans la même situation que lui ou non. Ensuite, l'individu stigmatisé ira souvent chercher du soutien auprès de professionnels ou auprès de personnes qui ont plus d'expérience que lui dans la gestion du stigmaté. Il va apprendre quelle attitude adopter en public, avec ses proches et avec lui-même.

Le troisième point mis en évidence est l'alignement sur le groupe. Le premier groupe dont il fait partie intégrante et de manière naturelle est le groupe de personnes qui ont le même stigmaté que lui. Les personnes souhaitant s'affilier à un tel groupe deviennent alors militantes pour la cause, allant jusqu'à montrer ouvertement leur différence. Le second groupe auquel il doit s'affilier est la société, les normaux. Dans celui-là, on lui demande de faire d'énormes efforts pour avoir l'air normal. Il doit redoubler d'énergie pour parvenir à vivre de la manière la plus confortable pour lui, sans qu'il ait l'air de vouloir cacher son stigmaté. De plus, c'est lui qui doit expliquer aux ignorants sa différence et sa grande similitude avec eux. Il ne doit pas s'énerver contre eux. Au contraire, il doit rester calme, faire preuve d'humour et briser la glace. Il lui est même conseillé d'être reconnaissant face aux efforts que font les « normaux » pour passer outre leur différence. Il doit également avoir l'air joyeux et naturel sans pour autant dépasser les limites de ce qui pourrait être gérable pour lui. Son identité est donc partagée entre le fait d'être comme tout le monde, avec cependant une distinction qu'il ne faut pas nier.

En conclusion, je pense qu'il est intéressant de citer cette phrase de Goffman :

« On peut admettre que l'une des conditions nécessaires de la vie sociale est le partage par tous les intéressés d'un ensemble unique d'attentes normatives, de normes, maintenues et soutenues en partie parce qu'elles sont incorporées. »⁴¹

Les normes de conformités engendrent donc autant la normalité que la différence. On peut être amené à se sentir ou non dans la norme, à n'importe quel moment et à n'importe quelle intensité. C'est lors d'une rencontre entre plusieurs personnes qui ne sont pas dans la même norme qu'apparaît le stigmaté. Reste alors à savoir à quelles normes la personne en

⁴¹ Op cit. p. 20. Page 150.

situation de handicap suite à des troubles psychiatriques ne correspond pas. Pour ce faire, j'aimerais m'attarder un peu plus sur ce qu'est la norme sociale.

3.6. Normes sociales

Toute société ou groupe social produit un certain nombre de valeurs. Selon le dictionnaire de l'essentiel en sociologie⁴², elles sont les critères du bien et du mal d'une société. Ce sont grâce à elles que chacun va se comporter ou juger une action. Celles-ci se matérialisent en règles et en codes de conduites, qu'ils soient explicites ou implicites. C'est ce qu'on appelle les normes.

Les normes sont multiples et ne sont pas figées dans le temps. Elles évoluent constamment et ce sont elles qui vont régir nos comportements. Elles portent sur des comportements, des croyances, des opinions ou des attitudes. Lorsqu'il y a transgression de l'une ou l'autre de ces normes, il y a sanction. Comme l'explique Pierre Demeulenare⁴³, celles-ci peuvent être de plusieurs ordres. Tout d'abord, il y a les normes juridiques qui sont garanties par les instances publiques. Par exemple, une infraction au code de la route amènera à une amende. Ensuite, il y a les normes morales et éthiques, qui sont sanctionnées par l'opinion publique. Elles se transmettent grâce à des institutions comme l'école ou la famille. Fondamentalement, on trouve trois types de normes. Il y a celles qui sont scientifiquement prouvées, celles qui portent sur des actions autorisées dans une société (selon une charte ou une loi) et celles qui expriment la manière de se comporter dans une société.

« Il est possible de déterminer quels seront les individus dévalorisés dans une culture spécifique en observant les valeurs que cette dernière considère comme positives »⁴⁴. Dans notre société, on sait que les valeurs d'activités, de rendement ou encore de compétences sont notamment prônées. L'esthétisme et l'autogestion sont également mis en avant. On peut donc imaginer qu'une personne en situation de handicap suite à des troubles psychiatriques, qui a des difficultés à gérer son quotidien et qui est sans emploi, risque de se retrouver dévalorisée. Dans la quasi totalité du monde occidental, on constate que les personnes qui ont un comportement peu dans la norme sont susceptibles d'être dévalorisées par la population, en raison de leur stigmatisme.

Une personne dévalorisée va se voir attribuer par la société des rôles sociaux particuliers, selon ses difficultés. Cela peut être parce qu'elle est perçue comme « non-humaine », menaçante, objet de pitié, ou encore comme un fardeau. Le rôle de malade peut également être donné. C'est une manière de déculpabiliser la famille, l'entourage, voire même la société de manière générale. Selon les situations, c'est en ces termes que l'on qualifie une personne en situation de handicap suite à des troubles psychiatriques.

⁴² COUET J.-F.- DAVIE A. *Dictionnaire de l'essentiel en sociologie*. Editions Liris. Quatrième édition. Paris. Septembre 2004. Page 42.

⁴³ DEMEULENARE P. « Norme sociale ». *Dictionnaire de sociologie*. Paris. Encyclopedia Universalis. 2007. Page 565.

⁴⁴ WOLFENBERGER W. *Valorisation des rôles sociaux. Introduction à un concept de référence pour l'organisation des services*. Editions des deux continents. Genève. 1991. Page 19.

3.6.1. Rôle social

La définition du rôle social est la suivante : « un rôle social peut être défini comme un ensemble de comportements, de responsabilités, d'attentes et de prérogatives conformes à un modèle social. »⁴⁵ Il comporte donc des droits et des devoirs auquel l'individu doit s'attacher. Par exemple, le fait d'être malade (autrement dit la maladie) induit un rôle social, celui du malade. Cela donne le droit de travailler moins et de se faire soigner. Il a cependant la responsabilité de chercher un traitement, de l'accepter et de faire en sorte d'aller mieux.

Chacun occupe plusieurs rôles au sein d'une même journée. Dans le cas de mon étude, les femmes que j'ai interrogées avaient au moins deux rôles en commun, à savoir être mère et souffrir d'une maladie psychiatrique. Certains rôles sont choisis, d'autres sont imposés par la société. Lorsqu'ils sont imposés, cela découle très souvent du fait de stéréotypes et d'idées préconçues, ou de stigmates sur l'apparence ou la manière d'être de la personne ou du groupe. Cela signifie donc que si l'on souhaite qu'une personne ou qu'un groupe soit valorisé auprès des autres, il faut, au préalable, que la société considère les rôles sociaux qu'ils occupent comme positifs.

3.6.2. Rôles sociaux valorisés

Il arrive que certains rôles sociaux soient si puissants que les caractéristiques propres d'une personne, qui pourraient être dévalorisées, sont oubliées du fait du rôle. On peut constater cela chez une personne ayant des comportements qui paraissent étranges : habillement excentrique, attitudes peu communes ou encore conduites déviantes. On peut tolérer les personnes non-conformistes, folles, selon la situation. Si elles se trouvent dans le monde du spectacle, des arts ou de la créativité, cela ne nous pose pas de problème. Au contraire, cela nous enchante. A partir du moment où l'on sait que cette personne est un artiste reconnu, ses bizarreries ne nous choqueront plus. En effet, s'il est dans un espace protégé, où il n'y a pas de danger, cela convient. La situation nous amène même un peu de rêve parce que le fou fait ce que nous ne pouvons pas faire, ce que nous nous censurons.

Les personnes qui ont des rôles sociaux valorisés sont des personnes reconnues dans la société. Elles ont souvent un réseau social relativement important et sont respectées des autres, même si certains éléments de leur personnalité pourraient être source de dévalorisation. C'est donc bien le regard que la société porte sur une « anormalité » qui crée l'exclusion et non pas l'« anormalité » elle-même.

La valorisation des rôles sociaux, selon Wolfensberger, se définit donc de cette manière :

« le développement, la mise en valeur, le maintien et/ou la défense de rôles sociaux valorisés pour des personnes – et particulièrement pour celles présentant un risque de dévalorisation sociale – en utilisant le plus possible des moyens « culturellement valorisés »⁴⁶.

Ce serait alors un moyen de lutter contre le processus d'exclusion, auquel les femmes de mon enquête sont régulièrement confrontées.

⁴⁵Op. Cit. p. 28 Page 29.

⁴⁶ Ibid. Page 53.

4. METHODOLOGIE

4.1. Terrain de recherche

Pour mon travail, j'ai choisi de cibler ma population sur les mères qui souffrent de troubles psychiatriques, qu'elles soient mariées ou non. Ces femmes m'intéressent particulièrement parce que ce sont les mères en général qui ont des relations plus symbiotiques avec leurs enfants. De plus, comme le révèle le rapport statistique 2008 des familles en Suisse⁴⁷, lorsqu'il y a divorce, 60 % des femmes obtiennent le droit de garde, contre 5 % seulement chez les hommes. Les 35 autres % représentent la garde partagée. J'en conclus donc que même s'il y a séparation des conjoints, la mère, bien que malade, peut être amenée à vivre avec ses enfants. La question du rôle maternel dans notre société m'interpelle également beaucoup.

En outre, je ne souhaite pas préciser leur état civil car, comme me l'a appris Madame Tracanelli⁴⁸, la plupart des couples se séparent lorsque le trouble psychique apparaît. En interrogeant des femmes mariées comme des femmes divorcées, je pouvais notamment observer si l'appui du conjoint se révèle être une ressource importante pour la mère.

Par ailleurs, je voulais interroger particulièrement les mères d'enfants mineurs, voire de jeunes enfants. Plus l'enfant est jeune, plus elles sont amenées à faire preuve de responsabilité envers lui. C'est ce que Gérard Poussin appelle la parentalité totale⁴⁹ (terme qu'il reprend d'un auteur anglais appelé J.S. Kestenberg).

Je ne cherche pas particulièrement à faire de différence entre une mère qui a eu son enfant alors qu'elle souffrait déjà d'un trouble psychiatrique ou une autre pour qui la maladie est survenue alors qu'elle était déjà mère. Je m'intéresse exclusivement aux ressources qu'elles sont capables de mobiliser, dans leur foyer et à l'extérieur, pour faire face aux difficultés que leur maladie entraîne dans la gestion de leur rôle de parent.

Je ne souhaite pas non plus faire de distinction entre les différents troubles psychiatriques. C'est une maladie psychique qui provoque certains handicaps. Il arrive fréquemment que le diagnostic ne soit pas plus précis que cela. De plus, sans spécifier davantage leur maladie, je pense que l'on peut éviter certains stéréotypes qui nous amènent, par exemple, à avoir peur d'une personne schizophrène ou à ne pas comprendre une personne dépressive. Enfin, pour des questions de facilités, il me sera plus évident de trouver des personnes susceptibles de rentrer dans mes critères si je laisse ouvert celui-ci.

Enfin, j'ai souhaité mener mon enquête dans le Valais romand. Je ne donnerai cependant pas d'indications supplémentaires quant au lieu précis, afin de garder le plus possible les femmes interviewées dans l'anonymat.

⁴⁷ STUTZ H. *Les familles en Suisse : rapport statistique 2008*. Office fédéral de la statistique. URL : www.bfs.admin.ch. Consulté le 5 septembre 2009.

⁴⁸ TRACHANELLI Geneviève. Op. Cit. p. 8.

⁴⁹ POUSSIN Gérard. Op. Cit. p. 9. Page 78.

4.2. Méthode de recueil des données

Pour recueillir les informations dont j'avais besoin pour mon travail, j'ai utilisé la méthode de l'entretien semi-directif. Le véritable échange que permet l'entretien m'attirait particulièrement, tant pour ma formation que pour cette recherche. En effet, dans le cadre de ma profession, je serai régulièrement amenée à gérer des entretiens. Il est donc judicieux que j'y sois préparée au mieux. De plus, pour mon travail de Bachelor, il m'importait surtout que les mères puissent s'exprimer sur leur parentalité. C'est le moyen le plus efficace pour « accéder à un degré maximum d'authenticité et de profondeur »⁵⁰. La variante de l'entretien semi-directif donne toute la liberté d'expression à mes interlocutrices, ce qui rend mes interviews d'autant plus entiers. Afin de les gérer de la meilleure des manières possibles, j'ai mis en place une grille d'entretien⁵¹ qui m'a servi de canevas lors de chaque rencontre. Toutes ces rencontres ont été enregistrées. Cela me permettait davantage de présence dans la discussion. Evidemment, dès que je ne les utiliserai plus, j'effacerai toutes les traces.

4.3. Echantillonnage

Afin de contacter les mères de mon enquête, je me suis mise en relation avec deux associations. J'ai présenté mon projet ainsi que mes ambitions à ces protagonistes en leur remettant une lettre⁵² destinée aux mères ayant été confrontées à un trouble psychiatrique. C'est par ce biais-là que j'ai contacté les membres de mon échantillon. J'y expliquais ma démarche, tout en mettant l'accent sur la confidentialité de mon enquête. Il ne me restait alors qu'à patienter. Je me suis, en quelque sorte, mise à leur disposition. Toutes avaient mes coordonnées et pouvaient me contacter si elles souhaitaient répondre à mon enquête. C'est donc elles qui faisaient les premières démarches pour me contacter personnellement. Ainsi, elles ne se sentaient en aucun cas forcées de répondre à ma requête puisque je n'avais eu aucun contact direct avec elles.

Grâce à ce moyen, j'ai pu interviewer six femmes. Nos entretiens ont duré en moyenne une heure et demie et se sont déroulés soit dans les locaux d'une des associations, soit au domicile privé des mères de famille. J'ai fait preuve d'un maximum de flexibilité afin de leur offrir le meilleur climat de confiance possible.

4.4. Enjeux éthiques

Lors de cette recherche, j'ai été amenée à interroger des femmes habitant la même région ou participant aux mêmes associations. Mon souci premier était alors de garantir leur anonymat. Je souhaitais absolument éviter que lors d'une réunion associative, l'on s'interroge discrètement sur qui a répondu à l'enquête et qui ne l'a pas fait. Je voulais également éviter qu'en lisant les résultats de mon enquête, certaines personnes reconnaissent une des mères. J'ai donc essayé, durant tout ce travail, d'être la plus discrète possible à ce sujet.

⁵⁰ QUIVY R, VAN CAMPENHOUDT L. *Manuel de recherche en sciences sociales*. Dunod. Paris. 2006. Page 174.

⁵¹ Annexe 4

⁵² Annexe 5

Un autre enjeu important réside dans la population interrogée. En effet, ces femmes ont été ou sont encore aujourd'hui fragilisées par la maladie. Il était donc important pour moi de parvenir à faire preuve de tact et de profond respect. J'ai cherché à ne pas être trop intrusive ainsi qu'à leur offrir la meilleure écoute possible. J'ai veillé à n'émettre aucun jugement tout au long de ce travail.

Quelques limites peuvent également être anticipées, avant la fin de ma recherche.

- En premier lieu, mon échantillonnage est petit. Moins de dix personnes ne représenteront certainement pas au mieux ce que vit la plupart des mères confrontées à cette situation. Néanmoins, cela peut donner une image approximative de la situation et ainsi amener les professionnels du social à se questionner sur leur prise en charge. De plus, il est vrai que je ne cherchai pas la représentativité statistique. Je voulais plutôt examiner en profondeur les diverses conciliations que ces mères devaient faire.
- Je pense également que les personnes qui se prêtent à ce genre d'interviews ont accepté leur maladie. Elles savent parfaitement l'expliquer et, pour certaines, elles la maîtrisent relativement bien. Elles ont accepté leur situation. C'est pourquoi, elles voudront plus aisément me parler de leurs difficultés. Sans cela, elles ne seraient pas parvenues à s'exprimer ouvertement sur ce sujet encore si délicat et si tabou. Mon travail risque d'être biaisé par un échantillon de femmes qui ont d'ores et déjà trouvé leurs ressources nécessaires à la bonne éducation de leurs enfants. Les personnes se trouvant en grande difficulté en ce moment ne sont probablement pas à même de répondre à un entretien. Il est donc important de ne pas oublier cette particularité.
- Dans la même idée que le paragraphe précédent, les femmes interrogées étaient pour la plupart conscientes de leurs difficultés. Certaines étaient même engagées et souhaitaient s'exprimer sur ce sujet. Je pense que si la majeure partie des mères de mon travail se trouvaient dans cette situation, cela est certainement dû à la manière dont je les ai contactées. Comme je me suis mise à leur disposition par le biais de ma lettre, seules celles qui souhaitaient réellement intervenir dans une telle enquête se sont manifestées.
- Enfin, certaines des mères interrogées ont vécu cette situation il y a déjà quelques années. Il est donc probable que la prise en charge et les pratiques des professionnels ont quelque peu changé. En effet, les pratiques du travail social sont en perpétuelles évolutions. Les possibilités d'aide sont certainement plus nombreuses aujourd'hui qu'avant.

5. ANALYSE DES ENTRETIENS

Pour ma recherche, j'ai interviewé six femmes, six mères. Il faut savoir qu'un certain nombre d'entre elles sont membres, bénévoles, voire même actrices au sein du comité d'une association en faveur de personnes en situation de handicap psychiatrique. Ce sont donc des personnes conscientes de leurs difficultés et, pour la plupart d'entre elles, militantes pour la cause. Cet élément est non négligeable. Elles ont davantage de recul par rapport à leur parcours qu'une autre mère. Elles sont également dans une optique de changement, d'amélioration des conditions de vie de personnes dans la même situation qu'elles. Par la suite, elles sont certainement plus ouvertes à répondre à ce type d'enquête. Je dois reconnaître que parler ouvertement de ses difficultés à une inconnue demande beaucoup de courage. Cette épreuve n'est pas évidente pour tout le monde. Je ne peux que les remercier de leur démarche.

Lors de chacune de ces rencontres, j'ai pu observer une même tendance. Dans un premier temps, ces femmes n'étaient pas très à l'aise. On peut le comprendre. Une jeune inconnue venant les interroger sur un point si personnel, mais tellement lourd en responsabilités et chargé de normes, peut effectivement intimider. Cependant, j'ai pu constater qu'au fur et à mesure de mes questions, elles se détendaient et s'ouvraient. Elles trouvaient sens à ce que je leur demandais. Elles répondaient alors à bien plus que mes questions initiales. Elles cherchaient moins à cacher ou à améliorer leur vécu. Elles me semblaient sincères, intègres et dans une réelle démarche de confiance. J'ai eu le sentiment que peu de personnes s'étaient, jusqu'alors, intéressées à leur rôle de mère. Il est vrai que l'on peut constater un grand investissement du côté des enfants. On cherche à savoir s'ils se développent de manière saine et s'ils ont tout ce qu'il faut pour devenir des adultes responsables. Mais rarement, on s'est inquiété des difficultés du rôle parental, voire en l'occurrence du rôle maternel. Elles semblaient contentes que quelqu'un s'intéresse à elles ainsi qu'à leur réussite. Il m'a paru également important pour elles que des démarches soient entreprises pour améliorer la qualité de vie d'autres femmes dans la même situation qu'elles.

Afin d'analyser au mieux ces six entretiens, j'ai choisi de mettre en exergue d'une part les principales difficultés auxquelles elles ont été confrontées et d'une autre part les ressources qu'elles ont sollicitées. C'est ainsi que je pourrai répondre aux deux premières hypothèses de mon travail. Dans un premier temps, je vais décrire les éléments importants et mettre en relation les différentes histoires de vie afin de distinguer des similitudes. Ensuite, je chercherai à démontrer comment ces mères ont concilié leurs propres difficultés avec leurs responsabilités parentales. Je mettrai en avant quelles ressources elles ont mobilisées afin d'atténuer l'une ou l'autre difficulté.

Tout au long de mon analyse, j'illustrerai mes propos par des éléments théoriques amenés plus haut.

5.1. *Difficultés*

Au début de mon travail, ma première hypothèse était qu'une personne souffrant de troubles psychiatriques éprouverait des difficultés à gérer son rôle de parent. Je pensais que les responsabilités parentales n'étaient que peu compatibles avec la maladie de la mère. C'est

en analysant les difficultés énoncées par les femmes que j'ai interrogées que je vais pouvoir confirmer ou non ma première hypothèse.

Dans les six entretiens que j'ai effectués, je peux ressortir moins de vingt difficultés que les mères m'ont présentées. La plupart des éléments cités se retrouvent chez l'une ou chez l'autre de ces femmes. Seulement un ou deux points apparaissent comme isolés. Une seule maman m'a exprimé un problème supplémentaire qui n'a pas du tout été mis en évidence chez les autres. Je peux donc dire que, dans cet échantillonnage au moins, des difficultés similaires apparaissent chez toutes. Sans s'être consultées au préalable, avec les mêmes questions, elles ont manifesté quelques barrières communes à leur rôle, du fait de leur maladie. Malgré le peu d'entretien réalisé, on peut constater des similitudes notables dans les problèmes rencontrés. On peut donc imaginer que pour bon nombre des femmes se retrouvant dans une telle situation, certains de ces points réapparaîtront. Je pense donc qu'ils peuvent être pris en considération afin de trouver des solutions globales à toutes ces mères.

En analysant les résultats de mes entretiens, je me suis rendue compte que des types de difficultés apparaissaient clairement. Tout d'abord, il y a les difficultés que les mères rencontrent au sein même de la famille. Deuxièmement, il y a tous les problèmes qui sont externes à la famille, qui sont davantage liés à la société en général. Ensuite, des nuances relativement importantes apparaissent selon la durée de la maladie. Lorsque celle-ci devient chronique, la mère se retrouve confrontée à d'autres problèmes. Enfin, un dernier point que j'aimerais mentionner est en lien avec le type de maladie. Je souhaitais ne pas établir de distinction entre les pathologies. Cependant, je suis forcée de constater qu'il y a une différence majeure et non négligeable qui ressort de mon enquête. En effet, comme je l'expliquerai plus bas, il semblerait que pour les mères souffrant de troubles bipolaires, les difficultés soient plus importantes.

Je vais dès à présent illustrer mes propos en quatre axes.

5.1.1. Difficultés intra-familiales

Chez quelques unes de ces mères, sans que je ne puisse faire aucun lien dans leurs histoires de vies, j'ai pu remarquer qu'elles mettaient en avant une difficulté particulière : un **MANQUE DE PRÉSENCE** auprès de leurs enfants. Cette présence était de deux ordres : physique et psychique. Tout d'abord, les séjours à l'hôpital psychiatrique les éloignaient régulièrement de leurs enfants. Parfois même, selon la gravité de la décompensation, elles devaient rester plusieurs semaines en pavillon strict. Cela signifie qu'elle ne pouvait ni sortir, ni recevoir des visites. Cette absence était longue, tant pour elles que pour leurs enfants. Ensuite, elles se souviennent d'une absence psychique. C'était « [...] une présence physique mais pas complète ! »⁵³ disait l'une d'entre elle. Des passages semblent même avoir été effacés de la mémoire d'une autre. Elles étaient là physiquement, mais leur esprit était ailleurs. Elles étaient absentes.

⇒ Cette absence est bien une des caractéristiques du troubles psychiatrique, puisqu'on y trouve une altération de la communication et de la sociabilité.

⁵³ Tiré d'un des entretiens

Elles se sont également rendues compte qu'il était **DIFFICILE D'EXPLIQUER LEUR MALADIE** à leurs enfants. Certaines d'entre elles, alors que leurs enfants sont devenus adultes, n'ont toujours pas réussi à les réunir autour d'une table pour discuter des événements survenus du fait de leur trouble psychiatrique. Certaines s'en sont rendues compte au moment-même où elles me racontaient leur histoire. L'une d'entre elle d'ailleurs, du fait de notre rencontre, a décidé d'organiser une réunion de famille prochainement afin de rompre le silence installé autour de cet événement. Certaines m'ont dit ne pas y avoir véritablement pensé, d'autres ont exprimé de la peur face à la réaction de leurs enfants. Quoi qu'il en soit, des non-dits, voire même un tabou est né dans certaine famille autour des conséquences de leur trouble pour leurs enfants.

- ⇒ Lorsqu'il parle de stigmates, Goffman explique très bien ce danger. Selon lui, il y a de nombreux avantages à cacher sa problématique. Cependant, lorsqu'elle est dissimulée à des proches, ceux-ci risquent de se sentir trahis. Se confier ou se taire est un des dilemmes pour ces personnes.

J'ai pu constater que, malheureusement, la **VISION** que les mères ont de **LEUR MALADIE** n'est **PAS TOUJOURS EXACTE**. Dans un premier temps, elles ne savent pas ce qu'elles ont. Elles ne se sentent pas très bien mais ne pensent vraiment pas qu'il s'agit d'un problème psychiatrique. Lorsqu'elles découvrent que c'en est un, il faut un temps certain pour pouvoir l'accepter et l'appivoiser. Ce n'est qu'alors qu'il est possible d'en parler autour de soi afin de parvenir à le gérer au mieux. Lorsque ce cheminement a pu être effectué, il est possible que les enfants soient déjà grands ou qu'elles jugent qu'il n'est plus nécessaire de leur en parler. Petits, ils ont peut-être été confrontés à des crises de leur mère ou à des problèmes au sein de la famille, sans pouvoir en comprendre les raisons. Bien souvent, une méconnaissance pour tout le monde de la maladie entrave les relations intra familiales.

- ⇒ La maladie psychiatrique souffre encore de nombreux maux. Le manque d'objectivité dans le diagnostic, la connotation négative de la maladie et l'incompréhension des proches ralentissent certainement la reconnaissance du trouble psychiatrique.

La moitié des mères interrogées reconnaissent également un **MANQUE DE TEMPS POUR ELLES**. Il leur était compliqué de disposer de moments pour se ressourcer, et par la même occasion, pour se reconstruire. A travers leur discours, j'ai le sentiment que toute l'énergie qu'elle arrivait à déployer, elles la mettaient au profit de leurs enfants. Il fallait néanmoins penser un peu à soi afin de parvenir à trouver de l'énergie pour les gérer. C'est ce qu'explicite très bien une de ces mamans avec cette phrase : « ... J pense qu'à travers ses 13⁵⁴ ans de vie qu'il [son fils] a eu, j'ai jamais vraiment pensé à moi. »⁵⁵ J'ai le sentiment que beaucoup de mères, avec ou sans handicap, se retrouvent à tenir ce genre de propos à un moment ou à un autre de leur vie. Néanmoins, si la maladie psychiatrique n'est pas présente, les efforts à déployer me paraissent moins importants. Une maman ordinaire a un rythme de vie, une hygiène de vie. Avec le trouble en plus, il faut chercher de l'énergie pour ces éléments basiques. Je fais également l'hypothèse qu'une maman qui aurait du temps pour se ressourcer et pour se reconstruire, serait plus disponible dans sa relation à l'enfant. Cet élément peut certainement être transposé pour n'importe quelle mère.

⁵⁴ Chiffre inventé

⁵⁵ Tiré d'un des entretiens

- ⇒ Aujourd'hui encore, les femmes sont les plus tiraillées dans leur vie familiale. Entre leur travail, leurs enfants, leur ménage et leur conjoint, elles n'ont que peu de temps pour se ressourcer et pour profiter de ce qu'elles voudraient.

Pour terminer, de manière isolée, une maman a parlé du lien de confiance qui avait été rompu pendant ses années de grandes crises de maladie. Les enfants ne la croyaient plus. Ils ne se sentaient plus à l'aise de se confier à elle, de lui raconter leurs soucis. Dans la même optique, une autre m'a parlé de ses difficultés à donner de l'affection à ses enfants dès leur plus jeune âge. Ces deux mères peuvent affirmer ce genre de choses car elles ont du recul face à ces années d'éducation, les enfants étant à présent adultes. Elles étaient trois dans la situation de maman d'enfants devenus adultes. La troisième a moins senti ce problème, même si elle confesse qu'ils sont partis très vite de la maison et qu'elle ne les voit pas aussi souvent qu'elle le souhaiterait. Ces difficultés isolées, sans vraiment de rapport ensemble, se retrouvent néanmoins sur un point. Tant la confiance perdue que les marques d'affection manquées ont eu des impacts importants sur les enfants. Ils ont pu dire, ou du moins faire comprendre à leur mère que leur enfance n'avait pas été toujours évidente. Je qualifierai ce point de **DIFFICULTÉ RELATIONNELLE**. Des problèmes relationnels ont marqué leur enfance, ce qui n'est pas évident à admettre pour une maman, même des années plus tard.

- ⇒ Selon la pyramide de Maslow, les mères souffrant de troubles psychiatriques n'auraient pas offert suffisamment de sécurité et d'affection à leurs enfants. De ce fait, leur lien a été, à un moment donné, fragilisé.

5.1.2. Difficultés extra-familiales

Si les femmes en situation de handicap ont des difficultés à comprendre et à expliquer au sein de leur foyer ce qu'il leur arrive, c'est encore plus compliqué pour l'entourage. J'ai pu entendre des réflexions telles que : « Moi je prenais ça pour de la paresse... Tout le monde autour de moi me disait : "Bouge-toi !" »⁵⁶ L'entourage ne comprend pas toujours ce qui se passe. Toutes ont cité des mots comme : **PEUR**, méconnaissance, **INCOMPRÉHENSION**, voire même **JUGEMENT** de la part **DE LEUR ENTOURAGE**. Ces personnes pouvaient être proches, comme un frère, un conjoint, ou alors plus éloigné telles qu'une voisine ou encore une amie. Tout le monde a déjà entendu parler de ces maladies, mais personne ne sait réellement ce à quoi elles correspondent. Alors que, si l'on regarde bien autour de soi, on se rend compte que l'on connaît tous quelqu'un qui a été victime d'une dépression par exemple. Cette maladie invisible est souvent incompréhensible.

Même lorsque ces femmes avaient pleine connaissance de leurs troubles, il leur était difficile de l'expliquer. Elles savaient pertinemment ce qu'il provoquait comme réaction chez la majorité des gens. Elles préféraient alors rester discrètes sur leurs difficultés afin de ne pas inquiéter leur entourage. J'émetts l'hypothèse que, afin de **NE PAS EFFRAYER LEURS ENFANTS** ou afin de préserver leur image auprès d'eux, elles préféraient de ne pas leur en parler. En caricaturant un peu, cela éviterait aux enfants de penser : « ma mère est folle ». Si personne n'est au courant, ils ne risqueront pas d'être embêtés à l'école par les copains ou d'être suivis de proche par leurs enseignants.

⁵⁶ Tiré d'un des entretiens

Le dernier élément mentionné par bon nombre de mères pointe du doigt les **PROFESSIONNELS**. Il se trouve que quatre mamans sur les six écoutées, ont rencontré des travailleurs sociaux, des infirmiers ou même des médecins peu à leur écoute. Des personnes formées dans le domaine de la psychiatrie, ou du moins dans les relations humaines n'ont pas su répondre aux besoins de deux tiers de ces femmes. Pour deux d'entre elles, leur maladie a été assimilée à de la paresse, ne prenant pas en compte leurs propos. Il est vrai que certains récits datent de plusieurs années, cependant, je suis malheureusement convaincue que ce genre de maladresse peut encore arriver à l'heure actuelle. Certes, nous connaissons mieux les maladies psychiatriques, mais elles sont encore, pour tout un chacun, tellement difficile à comprendre. Il nous est facile d'imaginer les problèmes qu'une mère avec une jambe dans le plâtre peut rencontrer au quotidien avec ses enfants. Cependant, une personne dépressive, comment concevoir qu'elle a besoin d'aller se reposer ? Est-ce qu'elle est vraiment malade ou n'est-ce pas de la paresse ? Y-a-t-il un lieu de convalescence pour elle ? De tels lieux n'existent-ils pas ou avons-nous la paresse de sortir des chemins habituels pour en trouver un ? Toutes ces questions restent en suspens.

- ⇒ Comme le relève Goffman, une personne stigmatisée se verra considérée comme pas tout à fait humaine par les normaux. Par conséquent, ceux-ci trouveront la moindre faille pour les mépriser. Alors, les termes de peur, d'incompréhension et de jugement trouvent tout leur sens.

5.1.3. Durée de la maladie

Lors de cette enquête, j'ai pu m'apercevoir qu'il y avait des différences notables, selon que la maladie psychiatrique se chronicise ou non. Une mère qui est confrontée durant une courte durée à la maladie mentale n'éprouve pas autant de difficultés. Par exemple, je peux mettre en avant dans mes résultats que les mamans qui souffrent de maladies chroniques ont **DAVANTAGE DE DIFFICULTÉS** à offrir de la **STABILITÉ** à leurs enfants. L'une d'entre elles dit même, lorsqu'elle parle de son trouble : « ...ça prend toute la place... on oublie de s'alimenter, de s'hydrater, de dormir, de faire des choses du quotidien... »⁵⁷ Les enfants vivent alors au quotidien avec une mère qui peine à se trouver des repères. Il faut imaginer comme il doit être complexe pour elle de parvenir à offrir un rythme de vie lorsqu'elle n'en a pas elle-même. Des notions de sécurité ou d'habitudes de vie saines ont également été négligées chez certaines. Enfin, des problèmes notables dans l'entretien de la maison sont à mettre en évidence.

- ⇒ Une des caractéristiques du trouble psychiatrique est le manque de stabilité induit par la maladie. Certains jours, ces personnes peuvent se sentir bien, alors que d'autres, elles sont en grande difficulté.

Un autre point que j'ai été amenée à remarquer lorsque la maladie psychiatrique se chronicise est l'**ISOLEMENT SOCIAL**. J'imagine que lorsque le trouble est de courte durée, la personne en question a un certain réseau social établi. Elle peut travailler, avoir des activités, des sorties, et par conséquent, rencontrer du monde. Si pendant quelques mois ce tissu est mis à mal, il est possible de le reconstruire, de renouer avec lui peu après. Cependant, si les symptômes de la maladie durent, de nombreuses activités risquent d'être modifiées, voire stoppées. Il est plus complexe d'avoir un rythme, de travailler, de rencontrer

⁵⁷ Tiré d'un des entretiens.

du monde. L'entourage risque d'être moins compréhensif, moins présent, voire même usé. Par conséquent, il y a plus de probabilités que la personne voit son réseau social s'appauvrir.

En plus de l'isolement social, j'ai pu constater que quatre des six mamans ont été confrontées à un **DIVORCE**. Une seule seulement a retrouvé un conjoint durant les années primordiales à l'éducation de l'enfant. La moitié d'entre elles ont donc élevé les enfants entièrement ou en grande partie seule. De plus, leurs ex-maris n'étaient que peu présents. J'ai pu entendre dans leur discours de la solitude et des difficultés lorsqu'il fallait prendre une décision éducative. En effet, sans échanges, il est plus périlleux d'être convaincu que le choix fait pour son enfant est le plus approprié. De plus, ces trois personnes n'ont pas pu trouver de soutien non plus dans leur réseau familial. Parents, frères ou sœurs avaient d'ores et déjà leurs lots de problèmes. Dans certains cas, les relations étaient conflictuelles, voire même rompues. Les quatre femmes divorcées souffraient de maladie chronique. Cependant, je n'ai pas pu constater de rapports entre l'apparition du trouble et la séparation du couple.

Pour trois des mamans interviewées, des **PROBLÈMES FINANCIERS** s'ajoutent à leurs difficultés. En effet, toutes ces femmes souffrant de troubles psychiatriques chroniques se retrouvent à l'assurance invalidité. Leur rente leur permet de vivre sans excès. Certaines d'entre elles parlent de mauvaise gestion. L'une d'ailleurs, du fait de sa maladie, s'est endettée sans véritablement s'en rendre compte. Il est peut-être intéressant de souligner que ces femmes étaient divorcées et qu'elles étaient en situation de handicap suite à des troubles psychiatriques chroniques. Il est vrai que cette situation de solitude et de marginalisation est souvent liée à des problèmes financiers.

⇒ Il est à noter qu'un des éléments qui définit le trouble psychiatrique chronique est une mauvaise adaptation sociale. L'isolement ou le divorce peuvent faire partie de cette catégorie.

5.1.4. Troubles bipolaires

Après mes entretiens, je suis forcée de mettre en avant une différence notable en fonction d'un diagnostic. Elle est liée au trouble que l'on nomme bipolaire. Afin de définir en quelques mots cette maladie, j'ai choisi la définition du DSM III (Diagnostic et Statistical Manual) : « La caractéristique essentielle du trouble bipolaire consiste en un ou plusieurs épisodes maniaques habituellement accompagné par un ou plusieurs épisodes dépressifs majeurs »⁵⁸. C'est un trouble de l'humeur où la personne vit des phases de grande euphorie comme des phases de grande dépression. Dans mon étude, les mamans qui souffraient de cette maladie ont énuméré **DAVANTAGE DE DIFFICULTÉS** que les autres. Selon moi, il serait possible que ce soit une maladie **PLUS COMPLEXE** à gérer que les autres. Ses grandes différences de comportement doivent engendrer des conséquences plus importantes. Il serait alors probable que cette maladie demande un soutien particulier. Pour illustrer mes propos, la phrase de cette maman qui souffre de troubles bipolaires me semble pertinente : « Mes gamins, quand ils partaient à l'école, ne savaient jamais comment ils retrouveraient

⁵⁸ PICHOT P. *DSM-III-R Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Volume 3. Masson. Paris. 1992. Page 253.

l'appartement en rentrant »⁵⁹. On peut donc imaginer que les repères de la famille étaient régulièrement mis à mal.

Si je devais résumer les principales difficultés des mères interviewées en un tableau, il ressemblerait à celui-là :

Tableau 5 : Difficultés des mères

Intra-familiales	Extra-familiales	Durée de la maladie	Trouble bipolaire
<ul style="list-style-type: none"> - Absence - Explication difficile de la maladie - Vision faussée de la maladie - Difficultés relationnelles 	<ul style="list-style-type: none"> - Incompréhension de l'entourage - Peur d'effrayer les enfants - Professionnels peu compétents 	Difficultés supplémentaires : <ul style="list-style-type: none"> - Isolement social - Divorce - Paupérisation 	<ul style="list-style-type: none"> - Davantage de difficultés énumérées

5.1.5. Réponse à la première hypothèse

Suite à mon enquête, j'ai le sentiment que mes sous-hypothèses ne sont plus très pertinentes. Les mères que j'ai rencontrées m'ont amené de nouveaux éléments à prendre en considération. Je me permets donc d'y amener des corrections à ce stade du travail.

- La première sous-hypothèse serait plutôt : Lorsque les symptômes de la maladie psychiatrique sont intenses, il est difficile de gérer ses responsabilités parentales. Ainsi, les compétences propres à la mère ainsi que la manière dont elle les gère se regroupent dans ce point.

Les difficultés énoncées par les mères sont alors le manque de présence, qu'il soit physique ou psychique. Elles parlent également d'un manque de stabilité à la maison, que ce soit au niveau de la sécurité, des habitudes de vie ou encore de l'hygiène.

- La deuxième sous-hypothèse serait plus dirigée vers la société, élément que je n'avais jusqu'alors pas imaginé comme étant une difficulté. Cependant elle n'est pas négligeable. Celle-ci serait donc : La non-acceptation de la maladie psychiatrique dans la société rend la relation parents-enfant difficile à gérer.

Les mamans parlaient de leurs difficultés à expliquer leur maladie à leurs enfants. Elles m'ont également confié que beaucoup de personnes ont une image incorrecte des troubles psychiatriques. Lorsque la maladie persiste, l'isolement social, voire la solitude s'installe.

⁵⁹ Tiré d'un des entretiens

Les professionnels côtoyant des personnes souffrant de troubles psychiatriques manquent encore apparemment de ressources pour faire face aux difficultés de ces mères.

Après ces entretiens, je pense pouvoir affirmer qu'une mère souffrant de troubles psychiatriques éprouve des difficultés à gérer son rôle de parent. Deux problèmes sont fortement présents. Tout d'abord, il y a les problèmes directement liés à la maladie de la mère qui ont une influence directe sur sa relation avec son enfant. J'entends par là l'énoncé de la première sous-hypothèse. C'est dans le cercle restreint de la maison, de la famille, que les difficultés apparaissent. Ensuite, il y a tous les obstacles qui sont induits par la société. C'est l'objet de la deuxième sous-hypothèse. C'est alors l'image de ce que la mère devrait être qui ne semble pas compatible avec l'image de la malade psychiatrique. Dans la tête de beaucoup de gens, ces femmes ne devraient pas être mères. C'est du moins le sentiment que ces femmes ont eu. Elles ne sont pas dans la norme sociale, comme expliqué plus haut dans les concepts théoriques.

Cependant, je trouve qu'il est judicieux de nuancer mes propos. Tout d'abord, le fait que la maladie soit chronique ou seulement temporaire influence grandement la conclusion. En effet, quelqu'un pour qui le trouble ne dure pas éprouvera moins de difficultés dans son rôle. La nature du trouble influence également la relation à l'enfant, ce qui n'est pas négligeable. De plus, la faiblesse du réseau social semble avoir un impact sur les problèmes de la mère. Enfin, les rencontres avec les professionnels n'ont pas toutes été mauvaises. Il est important de le signaler. Toutes ces mères ont trouvé, à un moment donné, un professionnel qui les a aidées, ou qui leur a permis d'avancer un peu plus. Ils ont donc également pu être des ressources. C'est ce que je vais démontrer peu après.

Une autre nuance est également à noter. Plusieurs des témoignages que j'ai recueillis sont anciens. J'entends par là que certaines des mères interviewées ont vécu ces problèmes quelques années auparavant. Elles sont actuellement dans une période stable et les enfants ont grandi. Il est fort probable qu'en une décennie, de nombreux changements aient eu lieu, notamment en ce qui concerne l'image de la maladie psychiatrique ou encore sa prise en charge. Cet élément pourrait être un biais de mon analyse. Il faut donc en tenir compte dans tout mon travail. Néanmoins, par rapport à mon enquête, je ne peux pas faire de distinction entre les mères qui sont tombées malades actuellement et celles qui sont tombées malades il y a dix ans.

5.2. Ressources

Ma deuxième hypothèse concernait les ressources de ces mères. Je pensais que les responsabilités parentales les forçaient à se dépasser ainsi qu'à chercher toutes leurs ressources afin de trouver un meilleur équilibre psychique. En résumé, j'imaginai que le fait d'avoir des enfants les aidait à gérer leur maladie.

Comme je l'ai écrit plus haut pour les difficultés, je vais maintenant énumérer les ressources dont les mères m'ont parlé et tenter de les expliquer, ou du moins, d'émettre mes propres hypothèses. Je compléterai mon travail avec des éléments théoriques, comme je l'ai fait lors du précédent chapitre.

Tout d'abord, en comparaison avec les difficultés découvertes, j'ai pu recenser plus de trente ressources différentes, soit presque le double. J'y retrouve moins de points communs entre

les différentes mères interviewées. Comme je vais le montrer, leurs aides ont été diverses et variées, voire même certaines fois très originales. Je crois qu'une ressource peut se cacher derrière beaucoup de personnes, de discussions, voire même de faits. La définition de ce terme, selon le Petit Larousse illustré est la suivante : « Ce que l'on emploie dans une situation difficile pour se tirer d'embaras. »⁶⁰ Une ressource peut donc se manifester sous des formes très diverses.

Quelques ressources se retrouvent néanmoins chez plusieurs mères. Comme la plupart le disent, **LE FAIT MÊME D'ÊTRE MÈRE EST UNE AIDE**. Toutes celles qui avaient des enfants en bas âge lorsque les symptômes de la maladie étaient très forts le disent. Avoir des enfants pousse à se lever le matin, à garder un rythme de vie ainsi qu'à chercher un certain équilibre pour leur bien être. Elles l'ont toutes dit clairement, être mère empêche de tomber dans l'égoïsme. Je peux donc affirmer que les responsabilités parentales poussent chacune à se dépasser. Cependant, comme je l'ai démontré dans les difficultés, même si des efforts considérables sont effectués, le trouble psychiatrique et ses conséquences prennent beaucoup de place au sein de la maison. Il altère les facultés de la mère. C'est alors que, malgré toute sa bonne volonté, elle éprouvera de grandes difficultés dans la gestion de son rôle. À la vue de ses problèmes, elle devra chercher du renfort ailleurs. C'est ce que je vais démontrer ci-dessous.

Tout comme pour les difficultés, je me suis rendue compte que l'on retrouve des types de ressources particulières citées par ces mères. Tout d'abord, j'ai pu noter l'importance du réseau social. Qu'il soit proche ou éloigné, il a son importance auprès de ces femmes. Deuxièmement, il y a les ressources professionnelles. Celles-ci peuvent être diverses et variées. Que ce soit le monde institutionnel, le monde associatif, les travailleurs sociaux hors murs, le médecin psychiatre ou encore les structures de l'enfance, tous ont joué un rôle auprès de ces familles. Le point suivant porte sur leurs ressources personnelles. En effet, comme elles me l'ont fait remarquer, le fait d'être conscientes que c'est une maladie et de savoir la gérer a un impact non négligeable sur leur vie. Enfin, je qualifierais le dernier point de ressources isolées. Elles se composent de tous les éléments improbables et insolites qui ont été utiles à ces mères à un moment de leur vie. Je vais donc maintenant expliquer plus profondément ces différents points.

5.2.1. Réseau social

Lorsque je parlais de réseau social avec ces femmes, une personne revenait toujours en premier lieu : le **CONCUBIN**. Qu'il soit le père des enfants ou non, il est considéré comme un pilier, un soutien indispensable pour ces mères. Dans les périodes de crises, c'est lui qui reprend l'éducation des enfants ou l'entretien de la maison. C'est également lui qui est présent auprès de sa conjointe lors de ses hospitalisations ou lors des retours à domicile. L'une d'entre elle dit clairement : « Pour moi ça a été. Mais je dis bien que c'est grâce à mon mari... »⁶¹. Il est une ressource primordiale pour la plupart de ces femmes.

Quatre femmes sur les six m'ont parlé de leur ami comme d'une ressource au quotidien. Trois seulement en ont bénéficié lors de l'éducation des enfants. Lorsqu'elles n'avaient pas

⁶⁰ Op. Cit. p. 21. Page 928.

⁶¹ Tiré d'un des entretiens

de compagnon, ces femmes mentionnaient clairement la difficulté d'être seule à élever leurs enfants.

- ⇒ Le concept de parentalisation pourrait entrer en ligne de compte ici. Comme elles l'ont clairement signifié, la présence d'un conjoint est une aide précieuse pour l'éducation des enfants. Il aide donc à garder une meilleure estime des mères dans leur rôle.

En ce qui concerne la **FAMILLE**, j'ai pu constater qu'elle n'était pas très présente pour ces mères. Deux d'entre elles peuvent réellement compter sur leurs parents ou leurs frères et sœurs. La mère reste la personne la plus souvent citée. Elle est, malgré les années, la personne la plus présente. Je tiens à souligner que, sur ces deux femmes, l'une a souffert d'une maladie psychiatrique à courte durée. Elle avait donc son réseau établi et comme la période de crise n'a pas duré longtemps, elle a eu le soutien dont elle avait besoin.

En ce qui concerne le réseau social plus éloigné, je suis forcée de constater qu'il n'a pas été d'une grande aide pour la plupart de ces femmes. Par réseau social éloigné, je fais référence aux **AMIS**. Une seule de ces mères parle d'une amie présente lors des moments difficiles liés à sa maladie. Une voisine a également été citée. En dehors de cela, on peut constater que le réseau social s'amointrit d'une manière relativement radicale lorsque l'on est confronté aux difficultés. Certains, quant à eux, continuent d'être présents sans savoir que la personne éprouve des difficultés.

- ⇒ Selon Goffman, la personne stigmatisée fera de gros efforts pour paraître comme les autres, lorsqu'elle rencontre quelqu'un. Le stigmate ne devra pas être visible de manière à ce qu'il n'interfère pas dans la conversation. Il appelle cela la couverture. De ce fait, seules quelques personnes connaîtront ses difficultés.

En conclusion, je peux donc mettre en évidence que, si le conjoint est une ressource pour une majeure partie de ces femmes, la famille reste beaucoup plus discrète. En effet, seule une des mères souffrant de troubles psychiatriques chroniques a pu bénéficier du soutien de son conjoint ainsi que du soutien de sa famille. En reprenant une fois de plus les propos de Goffman, l'explication serait que la personne avec laquelle on vit est plus à même de comprendre nos difficultés que n'importe qui d'autre. Je suis néanmoins forcée de nuancer ces propos puisque pour deux femmes, la maladie psychiatrique et le divorce sont liés. J'imagine qu'un certain épuisement peut également être ressenti. A force d'incompréhension, l'entourage peut manifester de la lassitude, voire même de l'usure. Par conséquent, il s'effacera peut-être de la vie de ces mères malades. Pour cette recherche, je dois constater que le réseau social de ces mères est relativement pauvre. Elles ont alors dû s'appuyer sur d'autres personnes afin de combler leurs difficultés.

5.2.2. Réseau professionnel

Pour commencer, toutes les femmes qui souffrent de troubles chroniques et qui ont connu un **MILIEU ASSOCIATIF**, en parlent comme d'une principale ressource. C'est le lieu de rencontre, de non-jugement et d'échanges. Je le considère comme faisant partie des ressources professionnelles car de manière générale, la coordination d'une association s'effectue par du personnel formé. J'ai pu constater que ce qui poussait ces femmes à se rendre dans un tel endroit était principalement de rencontrer des gens comme elles, des gens concernés également par la maladie psychiatrique. Ce besoin fort de s'identifier à quelqu'un et de constater que l'on n'est pas tout seul semble très important. Dans le discours

de ces femmes, j'entends également une peur de la solitude ou de l'ennui. Ces sentiments sont très présents à la sortie de l'hôpital psychiatrique. Après une décompensation et plusieurs semaines, voire plusieurs mois passés en milieu protégé, il est difficile de se retrouver seule à la maison, lorsque les enfants sont à l'école ou en sortie. Comme le disait l'une d'entre elle : « J'avais la hantise de la page d'agenda blanche... »⁶². Occuper son temps libre, rencontrer de nouvelles personnes, retrouver un réseau social sont de bons moyens pour reprendre un souffle nouveau. C'est également une manière de se découvrir des centres d'intérêts, des compétences inconnues, voire même de se rendre utile pour d'autres. Cette micro-société permet de s'essayer dans de nouvelles pratiques en toute sécurité. C'est la possibilité de se « surpasser avec des filets de sécurité »⁶³. C'est une manière de se revaloriser. J'ai le sentiment, selon les dires de ces femmes, que c'est un tremplin, une étape de reconstruction après l'annonce de la maladie. On peut découvrir que d'autres personnes traversent les mêmes épreuves que nous. On apprend à connaître ces gens, on se crée de nouveaux liens. Ensuite, selon les besoins et les envies, on s'initie à une activité que propose l'association. Elle nous plaît ? Peut-être qu'on l'animerait un jour, ou alors qu'on aiderait de nouveaux arrivants à se sentir mieux. Alors, on se sentira rempli de nouvelles compétences. On se sentira capable de ré-affronter la réalité, de s'inscrire à un club d'échec de la ville ou même de faire des démarches de postulation pour un nouveau travail, voire de recommencer une nouvelle formation. C'est ainsi que j'ai pu comprendre l'utilité d'une telle association : rencontre, resocialisation, reconstruction, développement de compétences, revalorisation. Je conçois alors ce genre de lieu comme un tremplin, une étape utile à la conciliation de la maladie avec la vie.

- ⇒ Le premier groupe d'appartenance est le groupe de personnes qui ont le même stigmate que nous, dirait Goffman. Souvent, ce genre de rencontres donne lieu à des associations qui cherchent à éviter l'exclusion et la stigmatisation de personnes atteintes d'un handicap.
- ⇒ Grâce aux possibilités d'animation, de bénévolat ou de mise en place de projet que propose l'association, la personne atteinte de troubles psychiatriques se trouve un nouveau rôle. Ainsi, elle va quitter quelque peu son rôle de malade afin de mettre en avant un autre, bien plus valorisé. D'ailleurs, comme l'explique Vincent Girard⁶⁴, le fait même d'entretenir des liens sociaux améliore l'état de santé des personnes souffrant de troubles psychiatriques : se créer du capital social est un soutien primordial.

Toutes les femmes qui souffrent de maladie psychiatrique chronique m'ont parlé de leur **PSYCHIATRE** ainsi que de leur **MÉDICATION**. Ces deux éléments ont une place capitale pour elles. Tout d'abord, la qualité de vie d'une personne qui a ce genre de troubles peut être améliorée grâce aux médicaments. Ils permettent de trouver un meilleur équilibre. C'est ce que m'a signifié une des mères : « ...j'ai aussi décidé de prendre mes médicaments comme il le faut, et c'est vrai que ça fait un peu la balance... »⁶⁵ Lorsque la maladie est reconnue et

⁶² Tiré d'un des entretiens

⁶³ Ibid.

⁶⁴ GIRARD V. « Dossier n° 13 – Auto support en santé mentale en France », *Bulletin Amades* [En ligne], 75 | 2008, mis en ligne le 01 septembre 2009, Consulté le 14 décembre 2010. URL : <http://amades.revues.org/index515.html>

⁶⁵ Tiré d'un des entretiens

diagnostiquée, le médecin psychiatre peut trouver un traitement chimique efficace pour la personne. Cependant, cela ne suffit pas. Un travail thérapeutique doit être mis en place. Des consultations régulières chez ce spécialiste sont donc programmées. C'est une ressource pour les mères que de pouvoir s'exprimer sans ressentir auprès de leur interlocuteur un quelconque sentiment désagréable de gêne, de peur ou encore de pitié.

Toutes les mamans souffrant de maladie psychiatrique chronique ont trouvé des ressources en un professionnel. Il y en a plusieurs, que je vais répertorier ci-dessous.

- Tout d'abord, comme expliqué plus haut, il y a le **PSYCHIATRE**. Toutes le consultent. Il prescrit les médicaments, les évalue et les réajuste en cas de besoins. Ces femmes peuvent également lui parler à cœur ouvert, sans se soucier d'un quelconque jugement. Il leur permet enfin d'avancer doucement.
- Ensuite interviennent les travailleurs sociaux. Il y en a de toutes orientations qui gravitent autour de ces personnes. Tout d'abord, il y a l'**ASSISTANT SOCIAL**. Il aide à gérer l'administratif d'une maison et il écoute la personne ainsi que ses difficultés pour chercher ensemble des solutions adéquates. Certaines mamans ont également utilisé cette ressource pour la gestion du budget. L'assistant social est souvent associé à quelqu'un qu'elles voient régulièrement. C'est une personne avec qui elles peuvent échanger sur leurs difficultés mais également sur leurs points forts. **L'ANIMATEUR** de l'association joue également un rôle déterminant. Il est à l'écoute des besoins et observe tant les potentialités que les failles . Il permettra aux membres de l'association d'oser aller de l'avant. Enfin, **L'ÉDUCATEUR SOCIAL** interviendra dans le cadre de l'AEMO (Action Éducative en Milieu Ouvert). Il deviendra en quelque sorte un conseiller. C'est également une personne que ces femmes voient régulièrement et qui leur offre un lieu d'écoute et d'échange particulier. Lorsque l'enfant se trouve en foyer d'accueil, l'éducateur entretiendra également des relations avec sa mère. Il lui fera part des difficultés et des progrès de son jeune.
- L'intervention de **L'AEMO** s'effectue à domicile, tout comme **L'AIDE FAMILIALE**. Je les place dans la même catégorie car pour les mères, l'arrivée d'un professionnel à l'intérieur de chez elles n'est pas vécue de la même manière que lorsqu'il s'agit de se rendre au bureau de quelqu'un. C'est un acte qui a malheureusement été vécu comme intrusif pour certaines d'entre elles. Néanmoins, avec du recul, elles ont pu se rendre compte de leur utilité. Tout d'abord, l'intervention de l'AEMO a été précieuse pour soutenir deux des mères. Ces deux femmes étaient célibataires. Elles ont alors pu ressentir un soutien dans leur décision, une aide dans la ligne éducative à suivre. Lorsque la confiance était installée, elles sentaient qu'elles pouvaient se permettre de pleurer, de questionner, de rire, voire même de se féliciter. Quant à l'aide familiale, elle est intervenue chez deux mères également. Ce soutien était plus de l'ordre de l'entretien de la maison. Cette intrusion, difficile à accepter dans un premier temps, a ensuite pu être ressentie comme un véritable soulagement.
- Un dernier point et non des moindres, est **L'HÔPITAL PSYCHIATRIQUE**. Cinq des six mères interviewées ont fait un séjour dans un tel lieu. De nombreuses critiques ont émergé lorsque nous parlions de ce lieu : manque de chaleur humaine, peu d'explications, peu de suivi, etc. Malgré tout, ce passage était obligé pour toutes et leur a permis de se reconstruire. Deux des mères ont pu utiliser ce lieu pour du repos. En accord avec leur médecin psychiatre, elles ont pu y entrer quelques semaines afin de prendre du temps

pour elles, de se ressourcer et de rentrer en meilleure santé. Avant d'atteindre la décompensation, elles ont pu bénéficier de soins. Cet outil serait à utiliser régulièrement. Cependant, nous savons tous les coûts de la santé et l'hôpital ne prône pas cette utilisation. En effet, ce type de fonctionnement tend plutôt à disparaître.

On peut donc constater que les professionnels, malgré les lacunes perçues plus haut, ont relativement bien entouré ces mamans souffrantes.

⇒ Les premières personnes compatissant à leurs difficultés, selon Goffman, sont celles qui souffrent des mêmes stigmates qu'eux. En second lieu, ce sont celles qui, du fait de leur situation, comprennent leurs difficultés. Il s'agit alors des professionnels ou des membres de familles qui ont connu ces difficultés.

Une autre ressource utilisée par ces mères est l'**ÉLOIGNEMENT DES ENFANTS**. Celui-ci peut être de courte durée. Par exemple, la plupart des mères ont utilisé la crèche ou la colonie afin de se ressourcer et de permettre aux enfants de se ressourcer également. L'une d'entre elle le dit très bien : « J'ai toujours essayé de lui cacher mon mal être... j'ai fait tout mon possible pour ne pas l'entraîner là-dedans. »⁶⁶. Certaines fois, pour des périodes plus longues, les enfants ont été en famille d'accueil ou en institution. Parfois, c'était durant les temps d'hospitalisation. Parfois, c'était durant les périodes où la mère n'était pas suffisamment bien pour en avoir la charge. Deux mères ont également pu profiter de leur divorce pour partager la garde avec leur ex-mari. Durant ces moments, elles pouvaient se reposer, se ressourcer. L'éloignement des enfants était parfois nécessaire pour leur développement. Cependant, toutes ont essayé de les garder avec elles le plus possible. Une séparation de longue durée n'a été évidente à gérer pour aucune d'entre elles.

5.2.3. Ressources personnelles

Il était également important, pour les femmes que j'ai interrogées, de mettre en avant leurs propres ressources. Elles ne pouvaient pas seulement se reposer sur les aides extérieures. Elles devaient aussi faire face aux difficultés avec leurs propres moyens.

Le premier élément qu'elles devaient gérer elles-mêmes était leur **MALADIE**. Lorsque des symptômes apparaissent, il faut penser à une maladie et pas seulement à une baisse d'énergie. Il faut penser à aller consulter. Cela a pris un certain temps pour plusieurs d'entre elles. Une fois le diagnostic posé, il faut l'**ACCEPTER**. Il n'est pas évident de déclarer ouvertement aux autres et à soi-même que l'on souffre de maladie psychiatrique, que l'on est « folle ». Malheureusement, c'est le terme qui est encore régulièrement utilisé pour ces mères, et par les gens en général. Lorsque la maladie est acceptée, il est encore important d'**APPRENDRE À VIVRE AVEC** elle. Savoir distinguer les premiers symptômes d'une crise, connaître ses limites ou encore savoir prévenir son entourage sont de réelles compétences qui s'apprennent et se maîtrisent au fur et à mesure. Lorsque la personne parvient à gérer sa maladie, sa qualité de vie change et par la même occasion, celle de ses proches et de ses enfants également. Une maman me disait d'ailleurs, en parlant de ses limites que : « c'est la même chose pour les parents qui ont pas de troubles psychiques !... la seule différence c'est que moi, si je ne m'écoute pas, ça m'amène à l'hôpital psychiatrique ! »⁶⁷.

⁶⁶ Tiré d'un des entretiens

⁶⁷ Ibid.

En plus de la connaissance de soi, deux mamans parlent de leur **CARACTÈRE**, de leur tempérament propre. Leur envie de réussir leur aurait permis d'avancer et de trouver les ressources dont elles avaient besoin.

5.2.4. Ressources isolées

Enfin, de nombreuses ressources ont été citées qui me paraissent être des ressources isolées. Les mères ont trouvé des pistes dans ces éléments. Ils étaient là, comme on dit, au bon endroit et au bon moment. Tout d'abord, le fait d'avoir un **CHIEN** a été, pour deux d'entre elles, une ressource très importante. Il les forçait à sortir de la maison. L'une d'entre elle a même fait partie d'un club d'éducation canine. Il fallait donc se déplacer, voir du monde et être régulière. C'était une très bonne ressource pour garder un rythme de vie. Une **FILLE AU PAIR** prévue au moment où la maladie est survenue a également été une précieuse ressource pour les parents relativement dépassés par ces nouveaux événements. Des **FORMATIONS ANTÉRIEURES** ont également été mentionnées comme utiles à l'accomplissement des tâches de mères, tels que l'école de nurse ou le baby-sitting. Certaines mères reconnaissent avoir considéré leur enfant comme un **OBJECTIF** de vie. Il est devenu leur centre d'intérêt, celui qui leur permettait d'avancer. C'est avec lui qu'elles passaient le plus de temps et les discussions autour de leurs difficultés ont pu être abordées.

Pour terminer, il y a toute cette part de **PERSONNE ARRIVÉE AU BON MOMENT**, pour un échange, une discussion qui a permis à ces mères de voir les choses différemment, que ce soit dans le contexte hospitalier, dans le quartier, au travers des activités des enfants, etc.

Voici le tableau récapitulatif des différentes ressources utilisées par les mères :

Tableau 6 : Ressources des mères

Réseau social	Réseau professionnel	Ressources personnelles	Ressources isolées
<ul style="list-style-type: none"> - Concubin - Famille (mère) - Amis (rares) 	<ul style="list-style-type: none"> - Milieu associatif - Psychiatre - Travailleurs sociaux - Aide familiale - Eloignement des enfants (colonie, crèche, foyer,..) - Hôpital psychiatrique 	<ul style="list-style-type: none"> - Connaissance de la maladie - Acceptation de la maladie - Vivre avec la maladie - Caractère personnel 	<ul style="list-style-type: none"> - Possession d'un chien - Fille au pair - Formations antérieures - Objectifs de vie - Rencontres particulières

5.2.5. Réponse à la deuxième hypothèse

Suite à mes entretiens, je pourrais répondre très rapidement à l'hypothèse générale. Oui, le fait d'être parent pousse la personne à se dépasser. Comme le disent toutes les mères qui ont été confrontées à la maladie avec des enfants en bas âge, ce rôle les force à ne pas

tomber dans l'égoïsme. Elles ne peuvent donc pas penser en permanence à elle mais doivent réfléchir pour leurs enfants. Elles doivent s'imposer un rythme de vie, une hygiène ou encore un cadre pour leur progéniture afin d'assurer leur éducation et leur épanouissement personnel. Ils devenaient alors leur moteur, comme plusieurs l'ont signifié. Cela n'était pas toujours simple à réaliser, la maladie reprenant souvent le dessus. Néanmoins, plusieurs d'entre elles parlaient de leur force de caractère, leur ayant permis d'aller de l'avant.

Néanmoins, après cette recherche, je suis obligée de constater que ma deuxième hypothèse contient des défauts, elle aussi. Dans l'énoncé principal, je parle d'un équilibre psychique retrouvé grâce aux enfants. Cette formule n'est pas adéquate. Cela signifierait qu'atteindre cet équilibre peut être réalisé uniquement par la force de caractère. Ces femmes, parce qu'elles sont mères, retrouveraient une santé mentale. Je trouve que cette image discrédite la maladie. Une maladie, en tant que telle, peut être vaincue, ou du moins atténuée grâce à des médicaments, des thérapies, des traitements divers et multiples ainsi que, probablement, grâce à une volonté de fer. Ce n'est pas en ce sens que mon hypothèse doit être comprise, et il serait malheureux qu'elle le soit. Une meilleure tournure pourrait éventuellement ressembler à cela :

- Le fait de devenir parent, avec toutes les responsabilités que cela implique, pousse la personne à dépasser ses propres capacités ainsi qu'à tendre vers un meilleur équilibre psychique.

De cette manière, mon hypothèse prend peut-être un sens plus judicieux. La femme souffrant de troubles psychiatriques cherchera davantage à améliorer son état de santé pour le bien-être de ses enfants. C'est dans ces termes-là qu'il faut comprendre cette phrase. Il me paraît également important de noter que, même si leurs enfants poussent les mères à avancer, celles-ci ont besoin de soutien. Les ressources extérieures sont nécessaires, voire même primordiales. Ces femmes ont besoin d'aide de leurs proches ou de professionnels. Je dirais même qu'elles ont besoin de ces deux formes de soutien.

Enfin, j'émettais l'hypothèse que le rôle de parent est un rôle revalorisant dans notre société. Certes, ce rôle est mis en avant. Cependant, il est pourvu de beaucoup d'attentes sociétales. Il est donc accompagné de beaucoup de pression. Il revalorise néanmoins ces mères par la fierté qu'elles en retirent en regardant leurs enfants évoluer. Plusieurs d'entre elles m'ont avoué avoir beaucoup aimé ce rôle de maman. De plus, certaines m'ont parlé de l'accomplissement d'une vie. Faire des enfants, donner de soi, de son temps, de son corps était le but de plusieurs d'entre elles. Je pense donc que par rapport à elles-mêmes, ces tâches étaient valorisantes. Cependant, par rapport à la société, l'image d'une mère malade, d'autant plus d'une mère « folle », est certainement difficile à intégrer pour la majorité des gens.

5.3. Découvertes

Durant ces entretiens, hormis les difficultés et les ressources de ces mères, d'autres éléments m'ont interpellée. Je vais donc les présenter dans ce chapitre.

Tout d'abord, l'image de la femme, l'image de la mère a été régulièrement évoquée. Il est d'ailleurs intéressant de noter que, malgré de nombreux divorces, toutes ont gardé leurs enfants auprès d'elles. Pour la plupart, c'était logique. L'une d'entre elle m'a même dit : « Pour moi, c'est une évidence qu'un enfant doit être avec sa mère plutôt qu'avec son

père »⁶⁸. Malgré leurs difficultés, toutes voulaient les garder auprès d'elles. Ont-elles intégré personnellement la norme d'instinct maternel dans leurs propres pensées ? La question peut se poser. Il est également probable que cette présence leur était bénéfique. J'ai le sentiment que c'était davantage la tradition qui était le moteur. « C'est ainsi qu'il faut que ce soit. »⁶⁹ Voilà des phrases régulièrement entendues. C'était en quelques sortes à la femme de garder ses enfants puisque c'est elle qui est censée éprouver de l'instinct maternel. Quant aux pères, pour la plupart d'entre eux, ils se désinvestissaient de leurs tâches. Même avec toutes les revendications faites par les femmes, les rôles sont encore bien définis. Malgré les difficultés de la mère, c'est elle qui est le plus fréquemment en charge des enfants.

Lors de mes entretiens, j'ai demandé à toutes ces femmes ce que signifiait pour elles être une bonne mère. Après quelques secondes d'étonnement, ou de réflexion, toutes sont arrivées à la même conclusion : être présente. Certaines ont parlé de l'inculcation de valeurs ou d'une forme d'éducation particulière, mais toutes sont revenues à ce point-là. Je ne sais pas si être une bonne mère peut se résumer à cela, cependant j'ai le sentiment que c'est une bonne base. La plupart ont également signifié qu'être un bon parent n'était pas chose aisée. L'une a même été catégorique : « il n'y a pas de bon parent. »⁷⁰ Ces réponses ne font que conforter ce que je disais plus haut : le rôle de mère est chargé de normes sociales et d'attentes qui ajoute de la pression à leur tâche.

A la fin de mes rencontres, j'ai demandé à chacune d'elles si la maladie psychiatrique et le rôle de parent leur paraissaient conciliables. Toutes m'ont répondu que ça l'était. En même temps, comme l'a exprimé l'une d'entre elles de manière très lucide : « ben on a pas le choix ! »⁷¹. C'est un fait. Les enfants sont là. Il faut donc faire avec. Néanmoins, trois d'entre elles m'ont confié qu'il était plus facile de gérer ces deux aspects lorsque la maladie était connue. Quand aucun diagnostic n'est posé, il est difficile de comprendre ce qu'il se passe. Il est difficile de comprendre une grande fatigue, un retrait social ou une baisse de morale soudaine. Les sautes d'humeur ou les excès de paresse sont incompréhensibles pour l'entourage. Lorsque l'on sait qu'il s'agit d'une maladie et non d'un « caprice », il est plus facile de le comprendre ou de l'expliquer. Dès que l'on en est conscient, on peut alors envisager de se soigner, par le biais de médicaments ou de thérapies diverses. Il est également plus facile d'obtenir de l'aide lorsque le psychiatre a donné son avis. Beaucoup d'entre elles ont également insisté sur le fait que le réseau, qu'il soit social ou professionnel, aide passablement. Les responsabilités parentales deviennent alors gérables, lorsque l'on se sent soutenu et entouré. Il est important de tenir compte de ces deux éléments.

5.4. Quelles ressources pour quelles difficultés ?

Dans ce dernier chapitre de mon analyse, je vais mettre en relation mes deux premières hypothèses. Je vais chercher quelles ressources les mamans ont sollicitées pour faire face à une ou des difficultés particulières. Ainsi, je pourrais découvrir où est-ce qu'il y a des lacunes et où est-ce que les professionnels peuvent intervenir. Afin de tendre vers une plus grande

⁶⁸ Tiré d'un des entretiens

⁶⁹ Ibid.

⁷⁰ Tiré d'un des entretiens

⁷¹ Ibid.

objectivité possible, je vais mettre en évidence quelles ressources ont été utilisées pour chacune des difficultés présentées plus haut.

Le fait même d'être parent est une ressource pour la plupart des mères. Avoir des enfants est un moyen de ne pas tomber dans l'égoïsme. Leurs enfants les aident alors à réguler leur rythme de vie, leurs tâches ménagères ainsi que leur temps. Malgré eux, ils forcent ces femmes à se lever le matin ainsi qu'à s'occuper des pensées sur des tâches concrètes. Cependant, comme je l'ai démontré, les conséquences de la maladie psychiatrique sur la vie de ces femmes ainsi que sur celles de leur famille sont importantes. Malgré tous les bienfaits qu'amènent l'enfant à son arrivée, il ne va pas être en son pouvoir de maîtriser la maladie de sa mère. D'autres ressources sont nécessaires afin de leur permettre d'élever au mieux leurs enfants. C'est ce que je vais souligner dès à présent.

5.4.1. Difficultés intra-familiales

- Le premier point que j'ai évoqué était le manque de présence physique et psychique des mères. Celles-ci ont le sentiment de ne pas être suffisamment là pour leurs enfants.
 - o Tout d'abord, il est important que ces mères soient conscientes que leur problème est une maladie. En apprenant à la connaître, elles gagneront en autonomie.
 - o Le psychiatre a été mis en avant. Afin d'améliorer leur présence psychique, une médication appropriée peut être un bon moyen. En effet, un déséquilibre chimique risquerait d'altérer certaines capacités.
 - o Le conjoint, soutien indispensable pour la plupart d'entre elles, se charge de faire le relais entre la mère et ses enfants à plusieurs reprises.
 - o Quant à la présence physique, les femmes interviewées n'ont malheureusement pas trouvé d'alternatives à cet état de fait.
- Les mères se plaignaient ensuite de ne pas parvenir à expliquer leur maladie à leurs enfants. Ces explications leur semblaient lourdes à porter toutes seules. D'ailleurs, plusieurs d'entre elles n'avaient pas pu leur en parler.
 - o Le conjoint a permis à plusieurs d'entre elles de réaliser cette démarche. Il semble plus aisé d'affronter une telle situation lorsque l'on est deux.
 - o Quand le conjoint n'était pas présent, il est arrivé à l'une d'entre elles que le travailleur social de l'AEMO l'accompagne dans cette démarche.
- Le diagnostic prenant souvent du temps avant d'être posé, les mères et leur famille ont eu du mal à comprendre et à accepter ce qui leur arrivait. La vision de la maladie était alors faussée.
 - o C'est le médecin psychiatre, ou le généraliste, qui a le plus souvent expliqué ce qui arrivait à la personne. Selon les situations, certaines femmes ont pu être relativement bien éclairées sur leur problématique.
 - o Pour cette difficulté, des ressources personnelles sont également évoquées. En effet, une fois qu'elles avaient appris qu'il s'agissait d'une maladie, ces femmes devaient encore l'accepter ainsi que bien la connaître. Ce n'est qu'alors qu'elles pouvaient la maîtriser.

- La moitié des mères évoquaient un manque de temps pour elles. Elles n'avaient pas l'occasion de travailler sur leurs difficultés car, avec des enfants à charge, elles n'avaient que très peu de moment de répit.
 - o Dans un premier temps, le conjoint ou l'ex-conjoint pouvait prendre les tâches familiales à charge.
 - o Certaines mères pouvaient également solliciter un ou plusieurs membres de leur famille.
 - o Pour autant que leur budget le leur permette, certaines femmes ont fait appel à des structures de garde pour leurs enfants : crèche, baby-sitting, etc.
 - o Parfois, par le biais d'un assistant social, elles ont pu trouver une solution moins onéreuse que celles existantes. Les colonies de vacances ont par exemple été évoquées à plusieurs reprises.
 - o Enfin, plusieurs d'entre elles sont entrées à l'hôpital psychiatrique volontairement, de manière à se reposer. Cependant, cette méthode n'est plus très courante en Valais.
- Enfin, des difficultés relationnelles entre la mère et l'enfant sont apparues. En effet, du fait de la maladie, le lien de confiance avait été rompu ou le manque d'affection avait été relevé. Le trouble avait engendré des difficultés dans la relation.
 - o Aucune solution n'a réellement été trouvée pour empêcher cette situation. A chaque fois, ces femmes pouvaient m'en parler parce qu'elles avaient du recul par rapport à leurs difficultés. Leurs enfants étaient déjà adultes.

En ce qui concerne les difficultés qui apparaissent au sein même de la famille, on peut voir que diverses ressources ont pu être utilisées. Néanmoins, force est de constater que les femmes qui élevaient leurs enfants seules ont été confrontées à de nombreuses difficultés. Le conjoint semble avoir joué un grand rôle dans l'accompagnement au quotidien de ces mères. Il a été la béquille pour la plupart des situations exposées. Pour rappel, il est important de noter que la moitié des femmes interviewées ont élevé en grande partie seule leurs enfants. La moitié des mères n'ont donc pas bénéficié de cette béquille si utile.

Hormis le manque de présence physique des mères lors des périodes d'hospitalisation notamment, ainsi que les difficultés relationnelles ressenties, toutes ces difficultés ont pu être comblées ou du moins, améliorées. Cependant, je pense que certaines d'entre elles pourraient être renforcées, notamment grâce aux ressources professionnelles.

5.4.2. Difficultés extra-familiales

- La première difficulté qui survenait en dehors de la famille était les sentiments négatifs que l'entourage de ces femmes ressentait à leur égard. Elles pouvaient y voir de la peur, de l'incompréhension, voire même du jugement.
 - o Le manque de connaissance de la société et la connotation négative flagrante de la maladie psychiatrique n'a pas pu être améliorée pour ces femmes.
 - o La seule ressource qui a pu aider à comprendre l'entourage, dans la mesure où ceux-ci étaient d'accord d'y participer, était le milieu associatif. Quelques proches de ces mères ont participé à des réunions ou à des échanges sur les thèmes de la psychiatrie.

- La deuxième difficulté était liée à la première. Du fait des réactions des gens face à cette maladie, ces femmes n'osaient pas tellement en parler, ni autour d'elles, ni à leurs enfants.
 - o Aucune ressource n'a réellement pu être mobilisée pour cette difficulté. Les seules personnes à qui elles parvenaient à parler de leurs problèmes étaient les proches de confiance ou les professionnels.
- Enfin, la dernière difficulté extra-familiale accusait les professionnels. Pour de nombreuses femmes, il est arrivé qu'elles rencontrent une personne peu aidante. Un manque d'écoute ou de compréhension a été mis en avant à plusieurs reprises.
 - o Aucune ressource n'a réellement été mise en avant. Heureusement, pas tous les professionnels n'ont fait preuve de maladresse. Ces femmes ont également rencontré des gens compétents, qui ont pu les aider selon les situations rencontrées.

Comme on peut le remarquer, ces difficultés extra-familiales, voire même sociétales, n'ont pas de solutions directes. Les pensées et les jugements des gens sont difficilement modulables. Il faut du temps, des arguments solides et du monde pour que des croyances se modifient. Il n'était donc pas possible pour ces mères de trouver des solutions à ce genre de problématique. C'est davantage dans les ressources professionnelles qu'un travail serait à effectuer.

5.4.3. Durée de la maladie

- Lorsque la maladie dure et qu'elle est très conséquente, certaines mères ont davantage de difficultés à offrir de la stabilité à leur enfant. Elles-même manquent de repères.
 - o Les aides à domicile, telles que l'AEMO et l'aide familiale ont été sollicitées afin d'accompagner ces femmes dans leur quotidien. Les tâches ménagères étaient alors prises en main et l'éducation des enfants y était discutée. Elles permettaient aux mères de retrouver progressivement un rythme de vie.
 - o Lorsque la situation devenait très difficile à gérer, certains enfants sont alors partis en institution. De cette manière, les mères pouvaient prendre du temps pour elle et les enfants se développer dans un milieu plus stable.
- Lorsque la maladie psychiatrique devient chronique, l'isolement social s'accroît. Le réseau social de la personne est mis à mal, jusqu'à devenir quasi inexistant.
 - o Afin de contrer cette difficulté, le conjoint était une grande ressource. Il encourageait et accompagnait la femme lors de sortie ou de visite. Lorsque celle-ci ne le pouvait pas, c'est lui qui lui servait de lien avec l'extérieur.
 - o Une autre ressource importante pour améliorer les liens sociaux de ces femmes est le milieu associatif. Il permet de rencontrer de nouvelles personnes, des gens comme elles. Elles pouvaient alors se livrer et créer des liens avec d'autres. Afin de retrouver confiance en elles, elles avaient également la possibilité de devenir animatrice d'un groupe ou bénévole d'une activité.

- Pour les femmes souffrant de troubles psychiatriques chroniques, force est de constater que la solitude est très présente. Beaucoup d'entre elles ont été confrontées à un moment ou à un autre à un divorce. La moitié d'entre elles ont élevé seules leurs enfants.
 - o Si certaines avaient la chance de compter sur leur famille ou sur une amie, elles se sont tournées vers eux afin de les aider dans cette tâche.
 - o L'AEMO a également été une aide intéressante pour permettre à ces femmes de prendre les bonnes décisions pour leurs enfants et de se sentir soutenues.
 - o Aussi surprenant que cela puisse paraître, la possession d'un chien a été, pour plusieurs d'entre elles, très bénéfique. Celui-ci les forçait à sortir et par conséquent, à rencontrer du monde.
- A ces difficultés s'ajoutent les problèmes financiers. La moitié des femmes interrogées se trouvaient dans ce cas-là. Assurance invalidité, divorce, ou encore mauvaise gestion ont été des facteurs menant à cet état.
 - o Dans ce cas-là, c'est souvent vers un assistant social que ces mères se sont tournées. Lui peut les aider à gérer un budget ainsi que, éventuellement, leur trouver des fonds utiles.
 - o Par le biais de l'association également, il est arrivé que certaines femmes trouvent des moyens d'économiser quelques sous.

Lorsque la maladie dure, les difficultés augmentent. Cependant, il est possible de trouver quelques solutions. Lorsque l'entourage est peu présent ou lorsqu'il est épuisé, ces mères peuvent trouver un appui auprès des professionnels du social, selon les situations. Il me paraît néanmoins important de noter que les conséquences des maladies psychiatriques chroniques sont importantes et qu'elles peuvent avoir de grandes répercussions sur la vie de ces personnes. Je trouverais donc intéressant d'anticiper les situations. Il pourrait être judicieux d'imaginer des pistes de prévention afin d'éviter d'atteindre des stades de marginalisation trop importants.

- Le point suivant que j'avais mis en évidence concernait les maladies dites bipolaires. Je m'étais rendue compte que les mères qui souffraient de ce trouble avaient davantage de difficultés que les autres à gérer leur quotidien. Leurs changements d'humeur empêchaient toute stabilité à la maison.
 - o Le mari, ou l'ex-mari déchargeait parfaitement ces mères lorsqu'ils prenaient les enfants à sa charge durant quelques temps.
 - o Le milieu associatif semble leur avoir amené beaucoup de confort.
 - o Certaines ont pu bénéficier de l'AEMO ainsi que de l'aide familiale.
 - o Cependant, pour la gestion de leur rôle de mère, rien ne leur a réellement été proposé.

Selon mon étude, les troubles bipolaires mériteraient une attention particulière, quant à la prise en charge de leurs conséquences. Cependant, les femmes qui ont été confrontées à cette maladie n'ont pas trouvé d'accompagnement spécifique.

Bien entendu, une ressource sur laquelle j'ai peu insisté mais qui est une ressource primordiale est le psychiatre ainsi que la médication. Son travail thérapeutique leur permettra

de trouver ensemble la posologie la mieux adaptée. Ainsi, progressivement, elles pourront retrouver un maximum d'autonomie.

A la fin de cette analyse, j'aimerais souligner qu'une maman qui souffre de troubles psychiatriques a effectivement des difficultés à gérer son rôle de parent. Je pense également qu'elle va déployer une énergie débordante afin de trouver les ressources dont elle a besoin. Après ce chapitre, on peut constater que certaines difficultés sont plus complexes que d'autres et qu'il n'est pas toujours évident de trouver les solutions adéquates. C'est alors dans la dernière partie de mon travail que je vais tenter de trouver des pistes d'action pour combler ces lacunes. Ainsi, je répondrai à ma dernière hypothèse.

5.5. Pistes d'actions professionnelles

Tout au long des entretiens et de l'analyse que j'ai effectuée, j'ai pu me rendre compte que certaines difficultés de ces mères n'étaient pas compensées. Elles ne possèdent pas toutes les ressources utiles à leur bien-être. C'est ainsi que, dans mes hypothèses de départ, j'avais émis l'idée qu'un soutien socio-éducatif précoce à domicile pouvait être bénéfique à ces familles en difficulté. J'entendais par là que l'immersion régulière d'un travailleur social au sein de la maison pouvait permettre à la mère de mieux concilier les symptômes de sa maladie avec ses responsabilités parentales. Elle pourrait parler des problèmes qu'elle rencontre ainsi que trouver, avec l'aide du professionnel, des pistes d'action. Elle serait alors plus rassurée dans son rôle. Elle aurait un soutien.

Afin de continuer mon travail sur la même lignée, je vais analyser maintenant les perspectives envisageables face aux trois grandes difficultés évoquées plus haut : les difficultés intra-familiales, les difficultés extra-familiales ainsi que celles liées à la durée de la maladie.

5.5.1. Pistes d'action intra-familiales

La première des difficultés mise en évidence était le manque de présence de la part de ces mères. La présence physique semblait être plus difficile à combler. En effet, lors des hospitalisations, il peut arriver que les personnes en grande crise se voient privées de tout contact extérieur. Par conséquent, il est possible que certaines mères soient tenues à l'écart de leurs enfants durant une période relativement longue.

- Afin de contrer cette difficulté, je pense qu'il serait intéressant qu'au sein-même de l'hôpital, un système d'échange soit organisé. Selon l'intensité de la maladie de la mère, celle-ci pourrait recevoir un téléphone, une lettre, un dessin ou encore une photo. Ainsi, d'une certaine manière, le contact serait maintenu. Elle pourrait alors y répondre, avec l'aide nécessaire.
- Dans certains cas, lorsque la maladie empiète sur l'éducation, il arrive malheureusement que les enfants doivent être placés. Un point qui me semble alors également important, dans cette distance forcée, est de maintenir le lien parent-enfant. Selon les possibilités, des week-ends à domicile, des visites, ou encore des points de rencontres doivent être organisés.

Ensuite, les mères se sont aperçues qu'il n'était pas simple d'expliquer leur maladie à leurs enfants, ni même de bien la comprendre elle-même ou leur conjoint. Cette incompréhension peut durer quelques temps.

- Le rôle du médecin psychiatre, des infirmiers en psychiatrie ou tout simplement de l'hôpital lui-même est tout d'abord primordial afin que les adultes concernés comprennent ce qui leur arrive. Dans cette optique, depuis 2004, un dépliant a été conçu à l'intention des proches de personnes hospitalisées⁷². Des adresses utiles y sont mentionnées : services sociaux, conseils juridiques, groupes d'entraide. Malheureusement, aucune des mères interrogées ne semblent avoir utilisé ce genre de document. Il est probable qu'il n'existait pas encore quand ces femmes ont été hospitalisées.
- En ce qui concerne les enfants, je pense qu'il pourrait être intéressant de mettre en place un fascicule qui leur serait destiné. Un petit livre ou une bande dessinée explicative leur permettrait de mieux comprendre ce qui arrive à leur mère. Les adultes, quant à eux, auraient davantage de moyens pour leur expliquer les difficultés du parent souffrant de troubles psychiatriques. Les termes utilisés dans le livre ou les explications imagées offriraient aux parents plus de soutien dans le dialogue.

Toutes évoquaient également un manque de temps pour elle. Avec les enfants à éduquer, il leur était difficile de se ressourcer et par la même occasion, de prendre soin de leur santé. Lorsqu'ils étaient présents, dès que les mères en avaient besoin, c'est aux conjoints que revenaient le plus souvent la charge parentale.

- Lorsque ces mères sont encore en concubinage, elles s'appuient beaucoup sur leur partenaire. Il est le confident, la béquille, voire même la roue de secours de ces femmes. On peut alors imaginer l'épuisement de l'entourage. C'est pourquoi, il est très important que les professionnels soient attentifs à eux. Je pense qu'il serait judicieux de renforcer les compétences des proches, tout en les soutenant davantage. Une antenne réservée à leurs besoins existe déjà en Valais : le fil d'Ariane. On y trouve un groupe de parole, des soirées thématiques ou encore une permanence téléphonique. Cependant, d'après mes entretiens, cette solution ne semble pas utilisée par beaucoup de proches. Je pense qu'il serait nécessaire de participer à ce genre de rencontre avant que des sentiments d'usure ou de fatigue apparaissent. Je pense que lorsque la distance s'est installée, il est plus difficile de recréer les liens. Il me paraît donc important que l'entourage participe rapidement à ce genre d'association.

Enfin, j'ai pu noter des difficultés relationnelles entre la mère et l'enfant. Méconnaissance, incompréhension, manque de communication, tous ces éléments risquent d'appauvrir les liens entre eux.

- À ce que j'ai pu constater dans mes entretiens, l'AEMO est une aide précieuse pour ces mères. Cependant, elles n'en ont pas toutes bénéficié, même s'il semblerait qu'elles en auraient eu besoin. Il est alors intéressant de noter l'existence d'une permanence téléphonique pour les parents valaisans qui se sentiraient démunis. Depuis ce numéro, il est alors possible d'être mis en relation avec le service dont ces mères auraient besoin. Des groupes de paroles sont également organisés une fois

⁷² *Troubles psychiques. Petit guide à l'usage des proches lors d'une admission à l'hôpital psychiatrique.* éditions valaisanne. 2004.

par mois dans ce même objectif⁷³. Afin de faire connaître ce service, il serait nécessaire d'augmenter sa visibilité. Toutes les familles valaisannes devraient le savoir. Un dépliant pourrait éventuellement être distribué à la naissance d'un enfant ou exposé dans la salle d'attente de la pédiatrie.

- S'il est difficile pour certaines mères de supporter l'intrusion de l'AEMO à domicile, d'autres moyens pourraient être utilisés. Des lieux tels que Le Coteau⁷⁴, dans le canton de Vaud, peuvent permettre d'apporter un soutien supplémentaire. Cette maison accueille des parents et leurs enfants en grande difficulté quelques heures par semaine pour leur permettre de retrouver des repères et des compétences. Il n'existe qu'un centre comme celui-ci en Suisse Romande. Le concept vaudrait éventuellement la peine d'être exploité en Valais également.

Avec les nombreux éléments qui se sont ajoutés depuis le début de ma recherche, je me rends compte que ma dernière hypothèse ne tenait compte que des difficultés intra-familiales. Je n'avais pas conçu que ces femmes rencontreraient des problèmes tout autant importants à l'extérieur de leur foyer. Dans cette dernière hypothèse, je parlais également d'un soutien plus précoce. Il ne semble pas évident de déterminer avant l'heure qu'une mère risque d'être confrontée à un trouble psychiatrique. Cependant, comme le soulignait Goffman, certaines personnes suffisamment sensibilisées à une cause particulière, peuvent remarquer des signes avant-coureurs. Il serait donc pertinent de renforcer ces connaissances chez les professionnels susceptibles de rencontrer des mères souffrant de troubles psychiatriques : éducateurs de l'enfance, enseignants, pédiatres, etc. Ce sont eux qui peuvent remarquer les premières difficultés et ainsi aiguiller les familles vers des professionnels compétents.

Dans cette première partie, l'on constate fortement le besoin de développer les compétences parentales, grâce au soutien de professionnels.

5.5.2. Pistes d'action extra-familiales

Dans la société en générale, j'ai pu constater au travers de ces entretiens, une peur face à la maladie psychiatrique. Le manque de connaissance de ces différents troubles renvoyait une image très négative à la population. De ce fait, parents et enfants s'efforçaient de cacher leur problématique, au risque de devenir taboue même en sein de la famille.

- Un grand travail est encore à entreprendre afin d'améliorer davantage la visibilité des maladies psychiatriques. Les professionnels du social doivent se mobiliser afin de faire évoluer l'opinion publique. Je pense que les médias sont des partenaires particulièrement utiles. Malheureusement, de nombreux faits divers relatent des personnes psychotiques qui seraient dangereuses. Il serait à mon avis judicieux d'analyser, dans le cadre d'une autre recherche, la manière dont la maladie psychiatrique est médiatisée. Il est alors probable qu'un travail serait à effectuer auprès des journalistes : connaissances des troubles psychiatriques, conscientisation de leur impact sur la population et ses les personnes malades, etc.

⁷³ Parent écoute. Soutien à la fonction parentale. Ville de Sion. URL : www.sion.ch. Consulté le 10 novembre 2010.

⁷⁴ Le coteau. Association Le Châtelard. URL : www.association-chatelard.ch. Consulté le 10 novembre 2010.

- Le milieu associatif a de nombreux avantages, notamment d'encourager ces personnes à devenir responsable de leur propre situation. Elles ne sont pas seules à vivre cette expérience difficile. Elles peuvent alors échanger sur leurs difficultés pour ainsi se donner des conseils. Cependant, avant de faire le pas et de pousser la porte d'un tel lieu, il est peut-être plus aisé de le faire de manière anonyme. Le biais d'Internet devrait être plus exploité. Un éventail plus grand, des questions plus pointues, des réponses plus précises, voilà quelques uns des avantages de cet outil. Une plate-forme servant d'échanges et d'informations pour ces personnes, à l'échelle de la Suisse Romande, serait déjà d'une taille relativement importante.

Malheureusement, plusieurs mères ont été confrontées à des professionnels peu compétents, ou du moins, peu à leur écoute. Elles n'ont pas trouvé auprès d'eux le soutien qu'elles attendaient.

- D'après moi, chez les professionnels également, il manque de savoir dans le domaine de la psychiatrie. Certes, les travailleurs sociaux apprennent à gérer ces populations. Cependant, ils n'ont pas tous paru avoir les connaissances spécifiques. Travailler avec des personnes en difficulté n'est pas toujours évident. C'est un métier qui peut fatiguer avec le temps. C'est pourquoi, je pense qu'il est important que chaque professionnel du social pense à remettre en question régulièrement sa pratique professionnelle. Il se peut qu'après quelques années, il soit judicieux de changer de population, voire, avec le temps, de se réorienter professionnellement. De plus, il est important d'effectuer continuellement des mises à jour régulières de ses compétences. La formation continue, la recherche et la curiosité me semblent être des points capitaux dans ces métiers. Les recherches évoluent et les prises en charge également. Il faut se tenir informé afin d'offrir un éventail de possibilités aussi large que possible aux personnes qui en ont besoin. Dans le même ordre d'idée, il est important que les psychiatres et les psychologues prennent davantage conscience des problèmes d'ordre social auxquels les personnes souffrant de troubles psychiatrique sont confrontées.
- Quant aux autres corps de métier en lien direct ou indirect avec les difficultés de ces mères, il est important, comme je l'ai dit plus haut, qu'ils soient sensibilisés à ces problématiques.

5.5.3. Pistes d'action lorsque la maladie dure

Malheureusement, comme j'ai pu le constater, plus la maladie dure et plus ces femmes verront leur problématique devenir complexe. Tout d'abord, le manque de stabilité est clairement signifié. Ensuite, l'isolement social semble peu à peu s'installer.

- Afin d'éviter au maximum cette situation, je pense que le travailleur social présent pour ces femmes devraient les encourager à débiter ou à conserver une activité. Celle-ci peut être professionnelle ou simplement de loisir. Ainsi, ces femmes seront encouragées de respecter un horaire, une sortie hebdomadaire. Ceci leur demandera rigueur et stabilité. C'est donc un moyen pour qu'elles en acquièrent davantage. De plus, cette activité les poussera à maintenir un contact avec l'extérieur. Elles garderont des relations sociales et parviendront peut-être même à entretenir quelques amitiés.

- Le moyen le plus utilisé par les femmes interrogées était celui de l'association. C'est dans ce lieu qu'elles conservaient des liens sociaux. Afin que le milieu associatif soit utile au plus grand nombre de personnes possible, il est important qu'il maintienne, voire renforce sa visibilité. Il pourrait également être judicieux de faciliter le transport pour se rendre dans de tels lieux. Certaines personnes peuvent habiter relativement loin de lieu de rendez-vous, ne pas posséder de véhicule, ou encore elles ne peuvent affronter les transports au commun. Un système de covoiturage ou de véhicule organisé pourrait être imaginé. Ainsi, un plus grand nombre de personnes pourraient profiter des bienfaits d'une association.

A la longue, la solitude s'installe souvent à l'intérieur même du foyer. Lorsque le trouble psychiatrique dure, il arrive régulièrement qu'un divorce survienne. Les mères se retrouvent alors à devoir élever seules leurs enfants. On peut alors imaginer qu'à cela s'ajoutent des problèmes financiers.

- Afin d'éviter que le divorce soit la conséquence du trouble psychiatrique, il est important de prévenir la fatigue du conjoint. Comme je l'ai mentionné plus haut, il faut également le prendre en considération dans ces situations. Il doit être préservé et ne pas porter toute la charge familiale sur son dos.
- Dans l'idéal, si ces mères sont suffisamment informées sur les possibilités qu'elles ont, elles – ou leur assistant social – pourront anticiper leurs difficultés en demandant des aides spécifiques. Le professionnel pourra les aider à gérer de façon optimale leur budget ou à obtenir des montants supplémentaires, selon leurs besoins. Malheureusement, c'est également une réalité que les familles monoparentales souffrent d'une grande précarité. Vivre et élever ses enfants avec une rente AI n'est pas évident.
- Les moyens les plus adaptés pour cette thématique sont, d'après moi, la prévention. Pour ce faire, c'est aux professionnels d'observer attentivement ces familles à risque et de leur donner le soutien dont elles ont besoin. C'est une observation fine de chaque cas qui permettra un meilleur résultat. Ainsi, avant que ces familles se retrouvent en difficultés financières, elles pourront bénéficier d'un soutien approprié.

Le dernier point que j'avais mis en évidence dans les difficultés était celui lié aux maladies dites bipolaires. Cette constatation mériterait davantage d'analyse pour ainsi affirmer réellement mes propos. Néanmoins, les moyens que je propose dans ce travail peuvent être très utiles pour ces mères également.

Voilà donc les éléments que je proposerais aux différents partenaires de ces mères. Il y en a probablement beaucoup d'autres. Certainement que les professionnels concernés par cette thématique, en lisant mon analyse, auraient d'autres pistes d'actions à mettre en avant. Si tel était le cas, ce serait pour moi une belle réussite. En effet, cette analyse n'est que le résultat de ma propre réflexion. Certainement qu'à plusieurs, elle deviendrait plus riche. Elle serait alors d'autant plus bénéfique pour les femmes de ma recherche.

6. BILAN DE MA RECHERCHE

6.1. Retour sur mes objectifs

Au début de mon travail, j'avais choisi quelques objectifs qui me paraissaient importants à travailler. Ils étaient de trois ordres : personnels, professionnels et de recherche. Je vais maintenant analyser si ceux-ci ont été acquis.

- Personnels :

- Un élément qui me tenait à cœur était la gestion des entretiens. En effet, cette pratique fait partie intégrante de mon travail d'éducatrice sociale. C'est une des raisons pour lesquelles j'ai choisi d'utiliser ce moyen pour répondre à ma question de départ. Bien sûr, c'était également la méthode la plus appropriée pour comprendre le parcours biographique de ces femmes. J'ai néanmoins pu me rendre compte de la complexité de cette démarche : savoir poser les bonnes questions, écouter, faire preuve de souplesse, inspirer la confiance ou encore retranscrire certaines émotions. Dans un premier temps, j'ai senti que je n'étais pas très à l'aise dans cette position. Cependant, plus je rencontrais de femmes, plus je me trouvais à l'aise dans mon rôle. Cette technique est à travailler en permanence afin d'être le plus pertinent possible.
- Un objectif logique et pourtant non des moindres était pour moi le fait de mener à bien un travail de recherche. La démarche me paraissait longue et fastidieuse. J'avais peur de me lasser ou de lasser les lecteurs avec mon thème. De plus, faire preuve d'objectivité ainsi que de professionnalisme envers les personnes interviewées me paraissait être une grande difficulté. Arrivant bientôt à terme de ce travail, j'ai le sentiment d'avoir relativement pu gérer ces difficultés. J'en suis donc satisfaite.
- Tout au long de cette recherche, il m'était également important de faire preuve de rigueur. En effet, je devais régulièrement me mettre à la tâche afin de ne pas perdre le fil de mon travail. De plus, le respect des consignes ainsi que l'analyse la plus proche possible de la réalité m'ont demandé un réel effort. Je pense avoir été régulière dans mon travail. Cependant, je suis consciente que je manque encore de précision, notamment lorsqu'il s'agit des éléments formels.

- Professionnels :

- Ensuite, j'avais l'objectif de me positionner face à des problématiques complexes. Ma question de départ relevait d'une thématique principale : la parentalité en situation de handicap. Ces thèmes ont été traités de bien des manières et de bien des points de vue. C'était alors de mon travail de mettre en avant les pistes qui me semblaient les plus pertinentes. Choisir différents courants pour aborder une thématique et une prise de position. De plus, les pistes d'action émanent de ma propre réflexion. Je pense donc avoir pris position dans mon travail.
- Enfin, je souhaitais parvenir à imaginer des outils utiles aux travailleurs sociaux. Il me semble que dans mes pistes d'actions, divers éléments

peuvent être envisagés. Ils me semblent appropriés et réalistes. Il en manque certainement beaucoup. Cette liste non exhaustive pourrait être complétée par tout un chacun acquis à la cause.

- Recherche :

- Dans un premier temps, je cherchais à approfondir les concepts de base de ma problématique. C'est ainsi que j'ai étayé mon travail avec des notions telles que la parentalité, la maternité, le handicap, le trouble psychiatrique ainsi que les phénomènes d'exclusion et de stigmatisation. J'aurais certainement pu aller plus loin dans mes recherches, cependant, les éléments qui me paraissaient les plus importants ont été présentés.
- Mes objectifs de recherches, quant à eux, ont été le fil conducteur de mon travail. Ils correspondaient aux hypothèses que j'avais construites. En effet, je souhaitais connaître les principales difficultés ainsi que les principales ressources d'un parent souffrant de troubles psychiatriques. Je voulais également identifier les besoins des parents en termes de soutien socio-éducatifs. Ces trois objectifs ont été réalisés. J'ai pu découvrir ce que je souhaitais, davantage même. Je me suis rendue compte que le soutien socio-éducatif était nécessaire, mais que d'autres éléments étaient primordiaux.

6.2. *Bilan personnel*

Effectuer une recherche de cette envergure m'a appris de nombreux éléments. Cela m'a été bénéfique à différents niveaux, que ce soit personnellement ou professionnellement.

Dans un premier temps, je pense avoir beaucoup appris sur ma posture professionnelle. En effet, j'ai rencontré plusieurs femmes qui m'ont raconté leur histoire, qui se sont confiées. Je les ai écoutées du mieux que je pouvais et avec le plus de respect possible. Dès le premier entretien, je me suis rendue compte des mes difficultés, grâce notamment au dictaphone qui me permettait de me réécouter par après. Cet outil m'a permis des réajustements précieux.

Sur le plan professionnel également, j'ai pu rencontrer différentes personnes qui m'ont permis d'avancer dans mon travail. Assistants sociaux, animateurs ou bénévoles, tous m'ont offert leur soutien précieux. Tous ces gens que j'ai rencontrés m'ont permis de découvrir un peu plus leur métier ainsi que le travail qu'ils effectuaient au quotidien. Ces démarches m'ont également permis d'élargir davantage mon réseau professionnel. Grâce à cette enquête, je connais quelques associations valaisannes qui oeuvrent dans le monde de la psychiatrie. J'ai compris leurs buts ainsi que leurs objectifs. Ceci était d'autant plus important pour moi que je souhaitais travailler dans le domaine de la psychiatrie.

Mener à bien une telle recherche demande beaucoup de rigueur. Il faut suivre une méthodologie précise et passer de nombreuses heures sur ce projet. Rien n'est laissé au hasard. Mes propos doivent être appuyés par des concepts et la théorie doit être référencée correctement. L'amalgame de ces éléments n'était pas aisé pour moi. Je m'y suis néanmoins attelée, plusieurs jours par semaine, de manière assidue. Ce travail a rythmé mes semaines pendant de nombreux mois. C'est ainsi que j'ai appris rigueur et régularité.

De plus, un tel travail demande un réel effort d'écriture. Il me fallait être attentive à synthétiser les éléments ainsi qu'à mettre du sens dans la construction de mon texte.

L'organisation de mon travail devait faciliter la lecture. Cet élément n'était pas évident pour moi mais je me suis efforcée de le faire au mieux.

Enfin, un dernier point qui m'a énormément appris dans cette recherche est tout le travail de recul qu'il faut effectuer. Prendre du recul par rapport aux propos des personnes interviewées, par rapport à mes idées préconçues, à la construction de mon travail ou encore par rapport au bien fondé de mes hypothèses. Il fallait en permanence conserver une position de recul par rapport à ce que je pensais et ce que j'écrivais. Cette posture, pas toujours évidente à adopter, m'est utile au quotidien. En effet, si jusqu'alors je ne prenais de la distance que de temps en temps, cet outil fait maintenant partie intégrante de ma vie professionnelle. Si l'étudiante d'hier ne voyait pas toujours l'utilité d'une telle démarche, l'accompagnante en hébergement d'aujourd'hui ne pourrait plus s'en passer.

Comme je l'ai dit plus haut, je souhaitais travailler dans le milieu de la psychiatrie. J'ai eu la chance de trouver du travail dans le domaine que je souhaitais. Je suis aujourd'hui titulaire dans un foyer pour personnes en situation de handicap suite à des troubles psychiatriques. Effectuer cette recherche en parallèle de mon travail m'a beaucoup apporté, tant d'un côté que de l'autre. En effet, les apprentissages et les découvertes du terrain ont étoffé mon travail théorique. Quant à mon travail de Bachelor, les rencontres, les concepts théoriques ou la réflexion sont utiles au quotidien pour mon travail.

Pour conclure, j'aimerais relever que ce travail a été très riche pour moi. Si par moment il m'a essouffée, il m'a surtout beaucoup appris. Je retire aujourd'hui une grande satisfaction d'avoir pu approfondir un domaine qui me fascinait.

6.3. Conclusion

Arrivant au terme de ce travail, je peux affirmer qu'il n'existe pas de mode d'emploi pour être parent, ni plus pour être mère. Cependant, certaines normes nous guident. Elles nous indiquent la manière dont, actuellement, nous devons nous comporter lorsque nous occupons le rôle de parent. Quant au reste, c'est la personnalité et la situation dans laquelle chacun se trouve qui va guider ses actes. Chaque parent va créer son propre mode d'emploi en puisant dans les normes actuelles et en y intégrant toutes ses touches personnelles.

Après cette recherche qui a été très riche en apprentissages et en découvertes pour moi, j'aurais envie de relever quelques éléments qui, à mon avis, mériteraient d'être approfondis dans un autre travail.

Tout d'abord, tout long de cette recherche, je me suis aperçue à quel point la situation d'une personne souffrant de maladie psychiatrique pouvait peser sur le quotidien de ses proches. En effet, elle a besoin de soutien et d'aide régulièrement. De plus, l'incompréhension et les stigmates qui sont cachés derrière ce trouble ne facilitent pas la tâche de l'entourage. La lassitude et la fatigue peuvent apparaître. Il arrive même parfois que les relations s'arrêtent. A mon avis, il serait judicieux de creuser un peu de leur côté. Dans une autre recherche, il pourrait être intéressant de mettre en évidence les ressources et les difficultés des proches de mères souffrant de troubles psychiatriques. Probablement que le travail social aurait un rôle à jouer autour de cette thématique.

Ensuite, dans ce travail, j'ai abordé la thématique des mères. Il serait maintenant intéressant de regarder de plus près ce qu'il en est des pères. Comment un homme souffrant de troubles psychiatriques concilie-t-il ses responsabilités parentales et les implications de sa maladie ? Je me demande les différences que l'on relèverait. Il serait alors intéressant de comparer les deux travaux. Ainsi, on pourrait constater les distinctions entre les genres. De plus, il est fort probable que, face à la maladie de l'un ou l'autre des parents, l'enfant ne réagisse pas de la même manière. Ce serait alors encore une autre recherche. La manière dont le jeune vit et grandit dans cette famille pourrait être fort intéressant à étudier. Là encore, les travailleurs sociaux pourraient intervenir dans une telle problématique.

Enfin, après les résultats de ce travail, j'aurais envie de mener une autre recherche encore. Je pense qu'il pourrait être fort enrichissant d'interroger les professionnels gravitant autour de ces femmes : professeurs, éducateurs de l'enfance, pédiatres ou même travailleurs sociaux. Découvrir leurs stéréotypes face à ces populations ou encore connaître la formation qu'ils ont reçue au sujet de ces problématiques serait très riche. On pourrait alors se rendre compte si un complément d'informations serait nécessaire ou non. Peut-être serait-il alors utile d'informer davantage telle ou telle profession.

Un grand travail de diffusion d'informations, entre autre, me semble encore nécessaire. C'est pourquoi, j'ai choisi de conclure mon travail sur la phrase d'Amin Maalouf :

« C'EST NOTRE REGARD QUI ENFERME SOUVENT LES AUTRES DANS LEUR PLUS ETROITES APPARTENANCES, ET C'EST NOTRE REGARD AUSSI QUI PEUT LES LIBERER. »⁷⁵.

⁷⁵ Maalouf Amin. *Les identités meurtrières*. Bernard Grasset. Paris. 1998. page 32.

BIBLIOGRAPHIE

6.4. Sources écrites

- Assemblée fédérale de la Confédération suisse. *Code civil suisse*. Chancellerie fédérale. Berne. 2004.
- BADINTER E. *L'amour en plus. Histoire de l'amour maternelle (XVIIe-Xxe siècle)*. Flammarion. Paris. 1980.
- BOILY M., ST-ONGE M., TOUTANT M. *Au-delà des troubles mentaux, la vie familiale : regard sur la parentalité*. CHU St-Justine. Montréal. 2006.
- BORIOLI J. et LAUB R. « Des acceptations du handicap : L'évolution du mot « handicap » de ses origines à nos jours. » *Handicap : de la différence à la singularité*. Edition médecine et hygiène. Chêne-Bourg. 2007. pages 25 à 45.
- BRUEL A. et al. *De la parenté à la parentalité*. Edition Erès. Ramonville Saint-Agne. 2001.
- ESCAIG B. « Le handicap psychique, un handicap caché, un handicap de tous les malentendus ». *Revue des affaires sociales*. La documentation française. Paris. 2009. Page 80 à 96.
- DEMEULENARE P. Norme sociale. *Dictionnaire de sociologie*. Encyclopedia Universalis. Paris. 2007.
- FOUGEYROLLAS P. et NOREAU L. « L'environnement physique et social : un composante conceptuelle essentielle à la compréhension du processus de production du handicap ». *Handicap : de la différence à la singularité*. Edition médecine et hygiène. Chêne-Bourg. 2007. pages 47 à 66.
- FOUGEROLLAS P. et al. *Classification québécoise : processus de production du handicap*. Réseau international sur le processus de production du handicap. Bruxelles. 1998.
- GOFFMAN E. *Stigmate, les usages sociaux des handicaps*. Les éditions de minuit. Paris. 1975.
- Houzel D. *Les enjeux de la parentalité*. Editions Erès. Raimonville Saint-Agne. 2007.
- KNIBIEHLER Y. et NEWRAND G. *Maternité et parentalité*. Editions ENSP. Rennes. 2004.
- LAMBRECHTS C. *Petit Larousse illustré 2007*. Larousse. Paris. 2006.
- LAMOUR M., BARRACO M. *Souffrances autour du berceau : Des émotions au soin*. Gaëtan Morin. Montréal. 1998.
- LEHMANN P. *Santé psychique. Projet destiné aux prises de position*. Suisse. Février 2004.
- MAALOUF A. *Les identités meurtrières*. Bernard Grasset. Paris. 1998.
- PICHOT P. *DSM-III-R Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Volume 3. Masson. Paris. 1992.
- POUSSIN G. *Psychologie de la fonction parentale*. Familles clinique, Edition Privat. Toulouse. 1993.
- QUIVY R., VAN CAMPENHOUDT L. *Manuel de recherché en sciences sociales*. Dunod. Paris. 2006.

- SPARROW J. « Processus de parentalité : parenter le bébé imaginaire ». *Fonctions maternelle et paternelle*. Editions Eres. Raimonville Ste Agne. 2000.
- STIKER H-J. *Les métamorphoses du handicap du 1970 à nos jours*. Presse universitaire. Grenoble. 2009.
- Troubles psychiques. Petit guide à l'usage des proches lors d'une admission à l'hôpital psychiatrique*. Edition Valaisanne. 2004.
- VOSSIER B. *La parentalité en questions : problématiques et pratiques professionnelles*. Andesi. ESF. Issy-les-Moulineaux. 2002.
- WOLFENBERGER W. *Valorisation des rôles sociaux. Introduction à un concept de référence pour l'organisation des services*. Editions des deux continents. Genève. 1991.
- ZARZIFIAN E. *Les jardiniers de la folie*. Editions Odile Jacob. Paris. 2000.
- ZRIBI G. et BEULNE T. *Les handicaps psychiques : concepts, approches, pratiques*. Presse de l'EHESP. Rennes. 2009.
- MACCHI M-F. *Maladie psychique et désir d'enfants, un pari sur la vie*. Diagonales : Magazine romand de la santé mentale. Numéro 78, novembre-décembre 2010. Pages 4 à 9.

6.5. Sources orales

- RODUIT T. Assistant social. Association pour la personne en situation de handicap. Emera. Sion, le 17 septembre 2009. Entretien.
- TRACANELLI G. Animatrice socio-culturelle. Coordinatrice. Association Valaisanne d'Entraide Psychiatrique. Monthey, le 13 juillet 2009. Entretien.

6.6. Sources électroniques

- ASSOCIATION LE CHATELARD. « Le Coteau ». *Association Le Châtelard*. URL : www.association-chatelard.ch. Consulté le 12 novembre 2010.
- BARRAS DUC S. et al. « Dictionnaire suisse de politiques sociales ». *Politiques et actions sociales et Suisse latine*. URL : www.socialinfo.ch. Consulté le 17 septembre 2010.
- « Classification québécoise du processus de production de handicap ». *Centre d'information sur la surdité d'Aquitaine*. URL : www.cis.gouv.fr. Consulté le 10 novembre 2009.
- COTE C. « Conférence sur les fonctions et les compétences parentales: ce qu'elles sont, comment les identifier, et comment les supporter dans l'intervention ». Dans le cadre de la journée pédopsychiatrique de Pavillon Roland-Saucier. « Père et mère, les eux font la paire : rôles et responsabilités parentales. » *Octobre 2010*. Chicoutini. URL : www.regroupement.net/conference.pdf. Consulté le 10 septembre 2009.
- FOUGEROLLAS P. « Classification québécoise du processus de production de handicap ». *Laboratoire d'informatique médicale*. URL : www.med.univ-rennes1.fr. Consulté le 10 novembre 2009.

- FUX B. « Recensement fédéral de la population 2000. Evolution des formes de vie familiales ». *Office fédérale de la statistique suisse*. URL : www.bfs.admin.ch. Consulté le 12 octobre 2010.
- GIRARD V. « Les Groupes d'Entre Aide Mutuelle : Historique, Politique, et Réalité Locale ». *Bulletin Amade*. URL : <http://amades.revues.org>. Consulté le 26 novembre 2010.
- SELLENET C. « Essai de conceptualisation de la parentalité ». *Centre documentaire réseau enfance*. URL : <http://documentation.reseau-enfance.com>. Consulté le 10 novembre 2010.
- STUTZ H. « Les familles en Suisse. Rapport statistique 2008 ». *Office fédérale de la statistique suisse*. URL : www.bfs.admin.ch. Consulté le 12 août 2009.
- Ville de Sion. « Parents écoute. Soutien à la fonction parentale ». *Ville de Sion*. URL : www.sion.ch. Consulté le 17 septembre 2010.

6.7. Illustrations

- « Séance photos femmes enceinte ». *Créneau, accord, partenaire*. URL : <http://loisirs.happytime.com>. Consulté le 16 novembre 2010.
- « La pyramide de Maslow ». *Le sémioscope*. URL : <http://semioscope.free.fr>. Consulté le 10 novembre 2010.
- SELLENET C. « Essai de conceptualisation de la parentalité ». *Centre documentaire réseau enfance*. URL : <http://documentation.reseau-enfance.com>. Consulté le 10 novembre 2010.
- « Classification québécoise du processus de production de handicap ». *Centre d'information sur la surdité d'Aquitaine*. URL : www.cis.gouv.fr. Consulté le 10 novembre 2009

7. ANNEXES

7.1. Annexe 1

Art. 252

A. Etablissement de la filiation en général

¹ A l'égard de la mère, la filiation résulte de la naissance.

² A l'égard du père, elle est établie par son mariage avec la mère, par reconnaissance ou par jugement.

³ La filiation résulte en outre de l'adoption.

7.2. Annexe 2

Art. 276

A. Objet et étendue

¹ Les père et mère doivent pourvoir à l'entretien de l'enfant et assumer, par conséquent, les frais de son éducation, de sa formation et des mesures prises pour le protéger.

² L'entretien est assuré par les soins et l'éducation ou, lorsque l'enfant n'est pas sous la garde de ses père et mère, par des prestations pécuniaires.

³ Les père et mère sont déliés de leur obligation d'entretien dans la mesure où l'on peut attendre de l'enfant qu'il subviene à son entretien par le produit de son travail ou par ses autres ressources.

Art. 302¹

II. Education

¹ Les père et mère sont tenus d'élever l'enfant selon leurs facultés et leurs moyens et ils ont le devoir de favoriser et de protéger son développement corporel, intellectuel et moral.

² Ils doivent donner à l'enfant, en particulier à celui qui est atteint de déficiences physiques ou mentales, une formation générale et professionnelle appropriée, correspondant autant que possible à ses goûts et à ses aptitudes.

³ A cet effet, ils doivent collaborer de façon appropriée avec l'école et, lorsque les circonstances l'exigent, avec les institutions publiques et d'utilité publique de protection de la jeunesse.

7.3. Annexe 3

Art. 301

¹ Les père et mère déterminent les soins à donner à l'enfant, dirigent son éducation en vue de son bien et prennent les décisions nécessaires, sous réserve de sa propre capacité.

7.4. Annexe 4

Grille d'entretien

Concepts	Dimensions	Indicateurs	Questions	
Maladie psychiatrique	Description	Symptômes	Décrivez-moi votre maladie	
	Handicap	Quotidien	En quoi se manifeste votre maladie dans la vie de tous les jours ?	
		Facteur de risque	En quoi avoir des enfants a été plus difficile à gérer pour vous que pour une autre mère ?	
Parentalité	Exercice	Droit	Qui a l'autorité parentale ?	
		Devoirs	Comment se déroule une journée chez vous ?	
		Rôle sociétal	Etes-vous en contact avec d'autres parents ? Qui gère la scolarité de votre enfant ? Qui fait des activités avec lui ?	

	Pratique	Besoins physiologiques	Qui s'occupe le plus de l'enfant ? (soin, nourriture, etc.)	
		Besoins de sécurité	Qui se lève la nuit ? qui lui apprend les règles de sécurité ?	
		Besoins d'appartenance	Quelles valeurs voulez-vous transmettre en priorité à votre enfant ?	
		Besoins d'estime	Comment montrez-vous de l'affection à votre enfant ?	
		Besoins de réalisation de soi	Comment vous imaginez-vous l'accompagner dans son avenir ?	
	Expérience	Émotions	Comment qualifieriez-vous votre rôle de parent ? Qu'est-ce qu'un bon parent pour vous ?	
		Accordage	Quand votre enfant ne parlait pas encore, aviez-vous l'impression de comprendre ses pleurs ?	

Ressources	internes		Sur quelles de vos qualités avez-vous pu compter pour élever vos enfants ?		
	Familiales		Avez-vous besoin de vous reposer sur certains membres de votre famille pour son éducation ? du père de vos enfants ? Si oui, comment cela se passe-t-il ?		
	Externes	Associations		Avez-vous demandé de l'aide auprès d'une association ? Si oui, laquelle et qu'est-ce que cela vous a-t-il amené ?	
		Crèche		Avez-vous placé votre enfant à la crèche et si oui pourquoi ?	
		Autres		Chez quelle personne alliez-vous chercher du soutien ?	

7.5. Annexe 5

Aline Vogel
Rue de
xxxx
07x xxx xx xx
aline.vogel@xxxxx

Association ...

Avenue de

... ..

A l'intention des mères qui souffrent de troubles psychiatriques

Madame,

Actuellement en dernière année d'HES en travail social, je suis en train de réaliser mon mémoire de fin d'étude en éducation sociale. Dans ce cadre, j'aimerais comprendre comment concilier les effets de la maladie et les responsabilités que le rôle de mère implique.

Pour mener à bien cette recherche, j'ai besoin de m'entretenir avec des personnes qui se trouvent confrontées à cette situation. C'est pourquoi, je fais appel à vous. **Je cherche des mamans qui seraient prêtes à m'accorder environ une heure trente pour me parler de leurs tâches au quotidien.** Bien entendu, je respecterai entièrement votre anonymat ainsi que votre vie privée. Je m'engage à n'utiliser vos propos que pour ma recherche.

Ces entretiens me permettront de mieux comprendre comment agir en tant que future travailleuse sociale autour de ces questions. De plus, cette démarche vous permettra d'exprimer vos difficultés et vos besoins de manière tout à fait confidentielle.

Si cette proposition vous intéresse, contactez-moi au 07x xxx xx xx ou à l'adresse aline.vogel@xxxx.com

En vous remerciant d'avance pour votre collaboration, je vous transmets mes meilleures salutations.

Aline Vogel