

---

# Déterminants sociaux de la santé et exercice de la parentalité : regard sur le vécu des parents ayant un trouble mental

**Marc Boily**, T.S., Ph.D., Professeur, Département de psychosociologie et de travail social, Université du Québec à Rimouski  
marc\_boily@uqar.ca

**Gilles Tremblay**, T.S., Ph.D., Professeur, École de service social, Université Laval  
gilles.tremblay@svs.ulaval.ca

**Myreille St-Onge**, Ph.D., Professeure, École de service social, Université Laval  
myreille.st-onge@svs.ulaval.ca

**Nicole Héon**, T.S. Auxiliaire de recherche, Université du Québec à Rimouski  
heon.nicole.ts@gmail.com

## **RÉSUMÉ :**

*Les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale sont, comme le reste de la population, parents d'enfants. Au cours de leur vie, des parents peuvent également en venir à éprouver de tels problèmes de santé. Cet article a pour objectif de mettre en relief certains déterminants de la santé jouant un rôle prépondérant dans l'exercice du rôle parental dans ces conditions. Il présente les résultats d'une recherche visant à mieux comprendre ce qui aide et ce qui nuit à l'exercice du rôle parental chez les personnes ayant des troubles mentaux. Les résultats émanent d'une analyse de contenu de trente entrevues réalisées auprès de parents atteints d'un trouble mental recevant des services d'une clinique de psychiatrie. Le cadre conceptuel du processus de production du handicap a été utilisé afin de porter un regard sur les interactions entre les facteurs personnels et les facteurs environnementaux influençant la capacité à fournir les soins ou agissant sur la satisfaction des besoins de leurs enfants. Nous verrons ici l'influence déterminante de l'interaction de ces facteurs sur le rôle parental, lesquels servent aussi de catalyseurs au développement d'autres difficultés psychosociales dans ces familles.*

## **MOTS-CLÉS :**

*Troubles mentaux, symptômes, parent, rôle parental, facteurs d'influence, déterminants de la santé, processus de production du handicap*

---

## **INTRODUCTION**

L'influence des troubles mentaux sur les capacités parentales est un axe de recherche en développement. Ce sujet se situe au carrefour de deux domaines de recherche : celui de la santé mentale et celui de la négligence parentale. De plus, il est peu développé au Québec, bien qu'il ait intéressé certains chercheurs dans d'autres pays, surtout dans le domaine de la psychiatrie. À cet effet, la Finlande, la Norvège, la Suède et les Pays-Bas misent sur l'innovation de la politique stratégique qui appuie la transformation de la pratique et la mise en œuvre de programmes dans le domaine de la réadaptation psychiatrique pour traiter la maladie mentale dans un contexte familial (Nicholson, Friesen, 2014). L'Australie aussi encourage les initiatives nationales qui soutiennent les praticiens, les parents et la famille dans cette approche, ainsi que le développement des ressources relatives à la santé mentale des parents et à la prévention des problèmes chez les enfants (Nicholson, Friesen, 2014; OFSTED, 2013; Tilbury, Walsh et Osmond, 2015). L'ampleur des conséquences familiales et sociales anticipées interpelle l'ensemble du réseau des services dans les domaines de la

santé mentale, de la jeunesse et de la famille, et plus particulièrement les services sociaux. Les données de recherches permettent de cerner que :

« [...] la prévalence des troubles mentaux et de la parentalité démontre que près de 31 % des femmes étatsuniennes et que près de 17 % des hommes étatsuniens ont un trouble psychiatrique (excluant l'abus de substances) et que 65 % de ces femmes et 52 % de ces hommes sont parents. » [Traduction libre] (Nicholson, Biebel, Hinden, et al., 2001 : 8)

Les études provenant des services de protection de l'enfance indiquent qu'entre 16 % et 24 % des enfants faisant l'objet d'un signalement ont un parent qui présente un trouble mental (Blanch, Nicholson et Purcell, 1994; Laframboise, 2001; Laporte, Baillargeon, 2005; Pauzé, Toupin, Déry et al., 2000; Trocmé, MacLaurin, Fallon et al., 2001). Une meilleure compréhension du phénomène de la parentalité chez les personnes présentant un trouble mental (dont les déterminants sont catalyseurs d'autres difficultés psychosociales) est nécessaire si l'on veut adapter les pratiques aux réalités de ces familles.

Le sujet de la parentalité chez les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale touche plusieurs aspects, dont les suivants : le vécu des personnes aux prises avec des troubles mentaux par rapport à la parentalité; l'influence des symptômes du trouble mental sur les soins à apporter à leurs enfants; la situation des enfants dans ces familles et les conséquences sur leur développement ou leur propre santé mentale; les répercussions sur les conjoints et les proches; les besoins particuliers des parents, des enfants, des conjoints et des proches à l'égard de la parentalité ou des stratégies d'aide (politiques, programmes et interventions).

Cet article aborde certains déterminants de la santé susceptibles d'influencer l'exercice du rôle parental et la satisfaction des besoins des enfants dans les familles où un parent éprouve des problèmes de santé mentale. Il est issu des résultats de la recherche réalisée par le premier auteur. Celle-ci porte sur les divers éléments qui aident ou nuisent à l'exercice du rôle parental chez des personnes aux prises avec des troubles mentaux. Elle vise d'abord à comprendre ce qui se produit chez le parent sur le plan de la symptomatologie et les conséquences sur le plan du fonctionnement social, dont l'exercice du rôle parental, lorsque celui-ci se sent moins bien. Ensuite, elle cerne les déterminants de la santé qui influencent la satisfaction des besoins des enfants dans ces familles. L'article circonscrit d'abord les perspectives et certains aspects méthodologiques qui ont influencé le regard sur le phénomène. L'analyse des données suivra. Le choix des thèmes abordés, l'importance qui y est accordée et leur ordre de présentation se fondent sur les résultats de la recherche réalisée. Tous les éléments soulevés ne peuvent cependant se retrouver dans le cadre de cet article<sup>1</sup>. Ces éléments sont regroupés selon deux catégories, soit les facteurs personnels (dont les symptômes versus les soins à apporter à l'enfant) et les facteurs environnementaux. Dans un objectif de réduction de la longueur du texte, les résultats seront appuyés au fur et à mesure par des éléments qui émanent de la littérature.

## 1. La perspective théorique qui influence notre regard

L'approche écosystémique s'impose comme cadre théorique pour la recherche sur le sujet. Cette approche permet de saisir un phénomène humain « à tous ses niveaux systémiques sans trahir sa complexité » (Mayer, 1997 : 15). Bien que les caractéristiques individuelles de base en soient le noyau central, le modèle écosystémique situe la personne dans son contexte social et la met en relation avec différents facteurs environnementaux contribuant à la santé ou susceptibles de générer des problèmes d'ordre personnel. La famille, le groupe d'appartenance, le soutien social et les politiques

---

<sup>1</sup> Le lectorat intéressé au sujet pourra se référer au besoin à la thèse de doctorat du premier auteur (Boily, 2009) ou au livre paru récemment qui est issu des travaux de réflexion réalisés au cours d'un mandat confié par le Comité de la santé mentale du Québec (Boily, St-Onge et Toutant, 2006).

sociales sont alors considérés comme des éléments contribuant à réduire les conséquences négatives des problèmes de santé, ou au contraire à favoriser leur émergence. La reconnaissance des facteurs environnementaux comme déterminants de la santé a d'ailleurs constitué un tournant majeur sur le plan scientifique. Elle a donné lieu à d'importants développements tant dans le cadre des disciplines de la santé que dans le domaine psychosocial.

Le modèle explicatif du processus de production du handicap (Fougeyrollas, Cloutier, Bergeron et al., 1998) s'inscrit dans cette perspective écosystémique. Il s'intéresse aux conséquences des problèmes de santé sur la réalisation des activités de la personne atteinte. Ce modèle développé par Fougeyrollas et ses collaborateurs « distingue, d'une part, ce qui est intrinsèque à l'individu, soit les facteurs personnels, eux-mêmes subdivisés en systèmes organiques (déficiences), aptitudes fonctionnelles et identité socioculturelle, et, d'autre part, les facteurs environnementaux » (Noreau, Weber, 2003 : 12). Le résultat de l'interaction de la personne avec son environnement, se traduisant par ses habitudes de vie (c'est-à-dire par la réalisation des activités de la vie quotidienne ou domestique) ou par un rôle social valorisé par le contexte socioculturel, déterminera si la personne se trouve dans une situation de participation sociale ou de handicap (Fougeyrollas et Roy, 1996). Ce cadre conceptuel est utilisé ici afin de mieux cerner l'influence déterminante de l'interaction des facteurs personnels et environnementaux dans la genèse de problèmes sociaux chez les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale. Il permet plus particulièrement de tenir compte de l'influence des caractéristiques du parent et de ses aptitudes personnelles à répondre aux besoins de ses enfants, ainsi que de facteurs environnementaux pouvant favoriser ou nuire à l'exercice de son rôle parental ou à la satisfaction des besoins des enfants.

### 1.1 La notion de troubles mentaux : la perspective des manifestations

Les incapacités associées aux différentes manifestations des troubles mentaux peuvent limiter la réalisation d'activités dans tous les domaines de la vie :

« Les conséquences de ces incapacités sur le plan du fonctionnement social, dont l'exercice du rôle parental, seront par le fait même variables. Elles le sont en raison non seulement de la présence des manifestations du trouble mental, mais aussi des caractéristiques distinctives de la personne atteinte, de ses enfants, de son conjoint, de l'environnement dans lequel la famille évolue. Peu des recherches recensées posent un regard aussi englobant sur le phénomène de la parentalité chez les personnes aux prises avec un trouble mental. » (Boily, St-Onge et Toutant, 2006 : 35)

Ainsi, le manque d'énergie, la tristesse, la difficulté de concentration, la mémoire déficiente, une perception faussée de la réalité et le retrait social sont quelques-unes des manifestations qui ont des conséquences sur la capacité de réaliser des tâches courantes de la vie quotidienne, telles que se lever le matin, se concentrer sur une tâche, communiquer avec son entourage ou entretenir des relations harmonieuses. C'est pourquoi il est nécessaire de s'intéresser aux manifestations plutôt que strictement aux diagnostics dans le cadre de l'étude des répercussions sur le fonctionnement social, dont l'exercice du rôle parental. Il faut également tenir compte de l'interaction entre ces manifestations, d'autres facteurs personnels et les facteurs environnementaux.

### 1.2 La notion de rôle parental : la perspective des soins

L'exercice du rôle parental consiste en la réalisation des activités de la vie quotidienne ayant pour but la satisfaction des besoins biopsychosociaux de l'enfant. Ainsi, la compétence parentale correspond à un degré élevé d'efficacité et de satisfaction mutuelle quant au résultat des activités déployées pour répondre harmonieusement aux besoins de l'enfant. Cette compétence renvoie à la notion de forces qui « correspond à l'ensemble des capacités des parents à faire face aux difficultés et aux situations de stress en utilisant leurs connaissances, leurs habiletés, leurs ressources psychologiques et les ressources intra et extra-familiales » (Pouliot, 2002 : 1). Plus l'enfant est jeune

ou vulnérable, plus le parent a un rôle direct à jouer dans la réponse à ses besoins. Sa compétence doit alors inclure la capacité d'anticiper ou de décoder des besoins qui ne sont pas toujours exprimés clairement. Toutefois, ces perspectives du rôle parental et de son efficacité sont influencées par la vision de la responsabilité unique du parent (ou des parents) – une conception individualisante de la parentalité (Lacharité, 2014). Ici encore, l'entourage, la communauté et les valeurs qu'elle véhicule peuvent jouer un rôle important qu'il ne faut pas sous-estimer. L'exercice de la parentalité consiste à s'assurer, individuellement et collectivement, d'une réponse satisfaisante aux besoins de l'enfant et à adopter des stratégies d'éducation qui lui permettent de développer graduellement ses habiletés afin de répondre de façon autonome et responsable à ses besoins, facilitant ainsi son intégration et sa participation à la société.

En nous basant sur l'Inventaire concernant le bien-être de l'enfant (Vézina et Bradet, 1992) et l'Index de négligence parentale (Trocmé, 1996), nous retenons cinq types de soins à donner pour assurer une réponse satisfaisante aux besoins de l'enfant : les soins généraux, de base, affectifs, éducatifs et de supervision. Nous avons documenté ces soins à apporter dans une publication antérieure (Boily, St-Onge et Toutant, 2006).

## 2. La recherche réalisée

Cette recherche effectuée dans le cadre d'études doctorales consiste à examiner les difficultés que rencontrent les personnes atteintes de troubles mentaux dans l'exercice de leur rôle parental, selon la réponse aux besoins de l'enfant. Les participants sont recrutés parmi des personnes inscrites en clinique externe d'un service de psychiatrie d'un centre hospitalier de la région de Montréal.

Trois groupes de dix participants ont été constitués : un groupe de participants dont le trouble principal correspond à la catégorie des troubles de l'humeur (Gr TH), un autre dont le trouble principal correspond à la catégorie des troubles psychotiques (Gr TP) et un dernier dont le trouble principal correspond à la catégorie des troubles anxieux (Gr TA). Ce regroupement s'est fait selon la prédominance du diagnostic principal à l'axe I<sup>2</sup>.

Le profil des participants témoigne de la complexité de la cooccurrence des troubles mentaux graves chez cette population. Ainsi, 11 participants sur 30 ont reçu un diagnostic unique à l'axe I alors que 19 participants présentent différentes formes de cooccurrence. Il s'agit de participants chez qui il y a présence d'un diagnostic principal à l'axe I – correspondant à une catégorie diagnostique de trouble de l'humeur, de trouble psychotique ou de troubles anxieux, et cela, avec au moins un autre diagnostic. Il peut s'agir soit d'un diagnostic secondaire à l'axe I, correspondant ou non aux catégories diagnostiques retenues (15 participants), soit d'un diagnostic à l'axe II (neuf participants) ou d'un diagnostic de dépendance, d'abus de substance ou d'un problème de consommation de substance signalé au questionnaire (cinq participants), ou encore d'une combinaison de ces variables<sup>3</sup>.

Le 1<sup>er</sup> avril 2004, 1631 usagers étaient inscrits à la clinique en question, dont 211 usagers étaient parents d'enfants mineurs (soit 12,9 % des usagers inscrits). De ce nombre, 167 pouvaient répondre aux critères d'inclusion dans la recherche. À la suite des démarches visant à constituer l'échantillon, 55 usagers se sont dits disposés à participer à la recherche, soit environ 33 % des usagers étant parents d'enfants mineurs et répondant aux critères d'inclusion.

---

<sup>2</sup> Le système multiaxial proposé dans le DSM-IV-TR suggère de considérer 5 axes. L'axe I identifie le *trouble clinique* ou autre situation qui peuvent faire l'objet d'un examen clinique, dont le diagnostic principal. L'axe II concerne l'identification, s'il y a lieu, du *trouble de personnalité* ou d'un retard mental. Les autres axes identifient les problèmes de santé ou les *affections médicales générales* (Axe III), les *problèmes psychosociaux et environnementaux* (Axe IV) et l'*évaluation globale du fonctionnement* (axe V).

<sup>3</sup> Nous remarquons aussi que 22 des participants sont susceptibles d'éprouver une symptomatologie relevant de la catégorie des troubles de l'humeur, ayant un diagnostic principal ou secondaire à l'axe I correspondant à cette catégorie de troubles mentaux. Chez 15 participants, on retrouve un diagnostic principal et secondaire à l'axe I; la cooccurrence des diagnostics de troubles de l'humeur et des troubles anxieux est davantage présente.

Trente personnes ont été interrogées, soit 20 femmes et 10 hommes<sup>4</sup>, âgés entre 25 et 59 ans, ayant un diagnostic de trouble de l'humeur, de trouble psychotique ou de trouble anxieux, inscrits en clinique externe de psychiatrie d'un centre hospitalier de la région de Montréal et parents d'au moins un enfant de moins de 18 ans. Les 30 participants ont au total 49 enfants, dont 44 sont mineurs. La majorité des participants, soit 23, sont nés au Québec. Les sept autres proviennent de l'Afrique du Nord et de l'Europe de l'Ouest ou de l'Est. Bien que les participants de sexe masculin soient plus âgés, la majorité de leurs enfants se situent dans le groupe d'âge 0-11 ans, alors que la majorité des enfants des participantes se situent dans le groupe d'âge 6-17 ans. Les entrevues, d'une durée d'environ 90 minutes, ont été réalisées à partir d'une grille de questions ouvertes.

L'analyse de contenu qualitatif et quantitatif des données permet de cerner la « dynamique du processus interactif entre les facteurs personnels (intrinsèques) et les facteurs environnementaux (externes) déterminant le résultat situationnel de la performance de réalisation des habitudes de vie » (Fougeyrollas, Cloutier, Bergeron et al., 1998 : 1). Cette analyse permet surtout de mettre en lumière certains autres déterminants, dont des caractéristiques individuelles et des facteurs environnementaux, qui influent sur la réponse (satisfaisante ou non) aux besoins des enfants dans ces familles. Les facteurs environnementaux renvoient aux dimensions sociales et physiques qui déterminent le contexte social. Ces facteurs peuvent être considérés comme des facilitateurs interagissant avec les facteurs personnels. Ils peuvent favoriser la réalisation des habitudes de vie ou au contraire constituer des obstacles entravant cette réalisation (Fougeyrollas, Cloutier, Bergeron et al., 1998 : 124).

### 3. L'analyse des résultats

La schématisation a permis la mise en relation des catégories en établissant les liens entre les différents éléments. Cette opération a amené à distinguer les diverses mises en relation (lors de la phase dynamique de l'analyse de contenu) nécessaires pour amorcer une explication du phénomène étudié par induction (Mayer, Ouellet, St-Jacques et al., 2000).

L'analyse de contenu a permis, par une codification et une classification rigoureuses du matériel, de fournir une interprétation des résultats dont l'objectif était « de faire ressortir les caractéristiques spécifiques de ce matériel dont une description scientifique détaillée mène à la compréhension de la signification exacte, du point de vue de l'auteur à l'origine du matériel d'analyse, et [...] du sens exact de phénomène étudié » (Mayer, Ouellet, St-Jacques et al., 2000 : 161).

L'objectif de la présente recherche est cependant plus modeste, puisqu'il consiste à éclairer un « phénomène en insérant certaines composantes de ce phénomène dans des contextes explicatifs » (Mayer et al., 2000 : 175). Ainsi, le sens exact du phénomène doit être compris ici comme étant le résultat de l'application systématique et rigoureuse de règles méthodologiques qui produisent une théorie inductive sur un sujet donné et permet l'élaboration d'une théorie et la construction de concepts explicatifs d'une réalité donnée, soit la théorie ancrée (Mayer, Ouellet, St-Jacques et al., 2000 : 161).

#### 3.1 Les facteurs personnels

Les facteurs personnels sont regroupés selon trois grandes catégories : les éléments associés à des caractéristiques personnelles en lien avec le trouble mental, ceux liés à la relation parent – enfant et ceux liés à des caractéristiques personnelles générales des participants.

##### *Les facteurs en lien avec le trouble mental*

Lorsqu'un regard précis est posé sur les extraits d'entrevue qui expriment le point de vue des participants sur l'impact d'une manifestation sur les soins à donner, on peut constater qu'une seule manifestation peut avoir des conséquences sur plus d'une catégorie de soins parentaux ou implique

---

<sup>4</sup> Notre objectif visait un nombre égal de femmes et d'hommes. Nous avons réduit le nombre d'hommes en considérant que le pourcentage d'hommes répondant aux critères était beaucoup moins élevé.

plus d'une variable dans une même catégorie de soins. Par exemple, une baisse d'énergie peut avoir des effets tant sur la capacité d'offrir les soins généraux – montrer de l'attention, de l'intérêt – que sur la capacité de fournir les soins de base (accomplir les tâches de la vie quotidienne, par exemple) ou les soins affectifs (montrer de la disponibilité émotionnelle, par exemple).

Les participants ont relevé 21 symptômes différents qui sont susceptibles d'influencer leur rôle parental. Nous avons relevé dans les propos des participants 149 mentions de manifestations ayant eu des conséquences sur les soins à offrir. Le point de vue des participants fait toutefois ressortir le fait que six manifestations sont davantage susceptibles d'avoir un impact négatif sur les soins à donner, soit la baisse de l'énergie, l'anxiété, les idées délirantes, la tristesse, l'irritabilité et les pensées obsessionnelles. La baisse de l'intérêt, le retrait social, les idéations suicidaires<sup>5</sup>, l'estime de soi, la diminution de l'appétit, les problèmes de mémoire, l'affect plat et les difficultés de résolution de problèmes sont les manifestations les moins citées. Nous n'abordons ici que quelques-uns de ces éléments.

### 3.2 Les impacts des principales manifestations

Les répondants soulèvent plusieurs exemples illustrant les impacts de manifestations sur leur rôle parental.

#### *La baisse d'énergie*

Les participants mentionnent que la baisse d'énergie est une manifestation conjuguée ou consécutive à d'autres manifestations, telles que l'anxiété, la tristesse, le désespoir, un manque d'intérêt ou la présence d'idées envahissantes, parfois irrationnelles. Surmonter ou combattre ces manifestations est alors épuisant et requiert beaucoup d'énergie. Les demandes de l'enfant réclament une mobilisation d'énergie qui, dans ces moments, fait défaut. Les parents démontrent alors moins d'intérêt et d'attention, et parfois plus d'impatience, envers ces demandes – et envers l'enfant. Ils consacrent donc l'énergie qui leur reste à répondre aux besoins qu'ils jugent essentiels. La baisse d'énergie nuit à leur capacité d'offrir des activités variées, et la réduction des moments d'interaction avec leurs enfants est susceptible de conduire au manque de stimulation.

La majorité des répondants a mentionné que le fait d'accomplir les tâches quotidiennes représente déjà un fardeau et que certaines tâches sont délaissées, ou parfois réalisées de manière désordonnée ou minimaliste. La priorité va à nourrir l'enfant et à s'assurer que les soins de santé et d'hygiène soient donnés :

*Je dirais le strict minimum, je fais à manger à mon garçon, je subviens aux besoins essentiels vraiment, je ne pouvais pas l'amener jouer au parc ou quelque chose comme ça. Il fallait qu'il s'occupe par lui-même. C'est un enfant qui écoute beaucoup la télévision, d'ailleurs. (Odile; Gr TH)<sup>6</sup>*

Cela entraîne un manque de démonstration d'intérêt à ce que vit l'enfant, à la participation aux activités éducatives, à l'encadrement scolaire ou à la stimulation d'apprentissages ou au développement de nouvelles connaissances. Plusieurs ont mentionné qu'ils ont tendance à être plus permissifs et que la supervision des activités ou des comportements est peu réalisée, ou l'est de manière très souple ou avec peu de constance :

*Des encadrements « à la va vite ». Beaucoup de oui, oui, oui pour rien... La discipline, pour la faire respecter, c'est pas parce que je ne suis pas capable, c'est un effort intense, terrible. Je suis incapable de faire cet effort [dans ces moments-là]. (Jacques; Gr TH)*

<sup>5</sup> Les idéations suicidaires ont été présentes dans le parcours de vie de 17 des 30 participants. Parmi ceux-ci, trois ont confié avoir eu des idéations d'infanticide. Ce sujet sera au cœur d'un prochain article.

<sup>6</sup> Les prénoms sont fictifs. L'indication Gr TH signifie que ce participant fait partie du sous-groupe de participants ayant un diagnostic dans la catégorie des troubles de l'humeur; l'acronyme TA fait référence aux troubles anxieux et TP aux troubles psychotiques.

Lorsque l'enfant répond mal aux exigences, certains participants ont tendance à réagir de manière plus coercitive :

*C'était pas mal dur, j'étais très sévère. Quand ils disaient quelque chose que ça ne me tente pas, je disais : « va dans ta chambre ». Ils étaient tout le temps dans leur chambre. Tu fais ce que tu veux mais dans ta chambre, je ne veux pas te voir devant moi. (Josée; Gr TA)*

Plusieurs auteurs soulèvent d'ailleurs qu'une baisse d'énergie induit un manque d'initiative chez les parents et nuit à l'accomplissement d'activités de la vie quotidienne, ainsi qu'à l'établissement et au maintien d'une routine entourant les soins de leurs enfants ou d'une routine de jeu et de lecture avec eux. Ce manque d'énergie limite la capacité du parent à assurer les soins éducatifs et rend également plus ardue la gestion des comportements des enfants (Bosanac, Buist et Burrows, 2003; Caughy, Huang et Lima, 2009; Lyons-Ruth, Wolfe et Lyubchik, 2000; Mattejat, Remschmidt, 2008; Murray, Cooper et Hipwell, 2003; Nicholson, Henry, 2003; Thomas, Kalucy, 2003).

### *L'anxiété*

Plusieurs participants confient que l'anxiété les amène à tenter de se soustraire à des situations pouvant causer l'augmentation de l'intensité de ce symptôme ou à des situations perçues comme une source de stress. Ils appréhendent tout ce qui représente une source de stress ou d'anxiété, ou y réagissent mal. Pour certains, leurs enfants deviennent même la cause de l'anxiété et la source à éviter. Certains décrivent la façon dont l'anxiété nuit à leur capacité à être chaleureux avec tous leurs enfants. D'autres ont tendance à surestimer le degré d'autonomie de l'enfant ou à sous-estimer les besoins des enfants plus âgés pour accorder leur attention à celui qui semble en avoir le plus besoin, selon leurs perceptions.

Les recherches recensées font ressortir le fait que l'anxiété perturbe la capacité des parents à détecter les signaux de leurs enfants, qu'elle diminue leur disponibilité ou qu'elle provoque une perturbation dans les interactions et les relations parent-enfant, ce qui amènerait certains parents à éviter leurs enfants, ou exposerait ceux-ci à un plus grand risque d'abus physique (Appleby, Dickens, 1993; Chandra, Venkatasubramanian et Thomas, 2002; Vostanis, Graves, Meltzer et al., 2006; Warren, Gunnar, Kagan et al., 2003).

### *Les idées délirantes*

Les participants ont mentionné que les idées délirantes ont aussi des conséquences, car lorsqu'elles sont présentes, ils sont moins disponibles. Ils disent éprouver plus de difficultés à démontrer de la chaleur, de l'affection et de la disponibilité, ou encore à ressentir des émotions. Les idées délirantes envahissantes affectent la perception des besoins de l'enfant et l'ensemble des soins. Ces idées peuvent conduire à de la méfiance envers le monde extérieur :

*La peur de tout... je pouvais les priver de pas mal de choses. Boire de l'eau, c'était difficile. L'eau, il n'y avait pas de contrôle là-dessus, ça venait de l'extérieur. La nourriture en général; c'était plus difficile de les nourrir, c'est clair. Pendant la crise aussi... (Jacqueline; Gr TP)*

Les effets des manifestations qui perturbent le fonctionnement cognitif sont mis en évidence par plusieurs auteurs. Anyaegbunam (2001) fait remarquer que ces manifestations peuvent influencer négativement la capacité de certains parents à répondre aux besoins physiques de leurs enfants et faire apparaître des difficultés liées à l'organisation de la vie quotidienne. Les idées délirantes sont reconnues comme une manifestation qui perturbe gravement le fonctionnement cognitif et la capacité des parents à s'occuper de jeunes enfants, y compris quand il s'agit de répondre aux soins importants pour leur santé (Benjamin, Benjamin et Rind, 1998; Goodman, Brumley, 1990; Gross, Semprevivo, 1989).

Ces manifestations peuvent influencer la relation parent-enfant, particulièrement avec les plus jeunes enfants, par une absence de comportements favorisant un attachement sécuritaire et sécurisant (Bosanac, Buist et Burrows, 2003; Nicholson, Henry, 2003). Plus de risques de négligence et d'abus sont associés au délire maternel, particulièrement lorsque le délire inclut l'enfant en tant que

source de la persécution ou en tant que victime potentielle de persécution, ce qui peut provoquer des comportements infanticides (Bosanac, Buist et Burrows, 2003; Chandra, Venkatasubramanian et Thomas, 2002).

### *La tristesse*

Par ailleurs, les répondants rapportent que la tristesse les amène à s'isoler et à démontrer plus difficilement de l'intérêt à l'enfant. Ils ont alors de la difficulté à respecter une routine, à offrir une régularité à l'enfant, à accomplir les tâches quotidiennes, à démontrer de la chaleur et de la disponibilité, ainsi qu'à planifier et à réaliser les tâches dans l'organisation de la vie quotidienne. Ils mentionnent que lorsqu'ils sont tristes, ils préfèrent s'isoler et peuvent difficilement démontrer de l'intérêt à l'enfant :

*La petite venait me parler de quelque chose, avait besoin de moi, d'un conseil mais moi j'étais agressive, j'étais pas à son écoute, j'avais pas la patience de dire : « Écoute, M, maman est fatiguée, [et triste]... » Je répondais mal comme : « laisse-moi en paix, va-t-en », des choses vraiment... au lieu d'être à l'écoute. (Tina; Gr TH)*

Dans ces moments, les parents ont également de la difficulté à être disponibles pour les autres, ce qui les amène à avoir de la difficulté à respecter une routine, à offrir une régularité, à accomplir les tâches quotidiennes et à démontrer de la chaleur et de la disponibilité à l'enfant.

### *L'irritabilité, la baisse d'énergie et le retrait social*

Lorsque les parents aux prises avec un trouble mental ressentent de l'irritabilité, fruit d'un cocktail de manifestations, la capacité de démontrer de l'attention ou de l'intérêt à leur enfant est mise en péril. Ils ressentent davantage d'agressivité et utilisent des méthodes plus coercitives pour les soins éducatifs ou pour la supervision des comportements et des activités.

Les participants expriment qu'une baisse d'intérêt influence évidemment leur capacité à démontrer de l'attention à leur enfant, car ils sont alors trop préoccupés par leurs problèmes personnels. Ils manquent donc de motivation pour s'occuper de leurs responsabilités parentales. Cette manifestation influence ainsi la capacité à offrir les soins de base ou accroît la frustration liée à leur exécution.

Évidemment, le retrait social influence aussi la capacité des parents, car ils ont eux-mêmes de la difficulté à socialiser, et donc à accueillir d'autres enfants à la maison et à établir des contacts avec les autres parents. Le besoin de retrait influence également la capacité à démontrer de la chaleur, car il les amène à limiter les contacts avec l'enfant comme avec l'entourage :

*Je ne peux pas l'envoyer chez personne, donc quand je suis tannée, je m'isole un peu de lui. Je vais avoir tendance à souper seule et lui dire : « soupe dans ton coin ». Lui dire de s'arranger un peu plus avec lui-même. (Christine; Gr TA)*

Il est étonnant de constater par leurs propos que le retrait social représente en général une stratégie d'adaptation visant à soustraire l'enfant à leur état, à l'empêcher d'en être témoin ou d'en subir des contrecoups.

D'ailleurs, le retrait social est une manifestation qui est fréquemment évoquée en santé mentale. Il est perçu comme un symptôme, mais chez plusieurs des participants, il s'agit d'une stratégie d'adaptation. Chandra, Venkatasubramanian et Thomas indiquent notamment que le parent aux prises avec un trouble mental peut en venir à éviter son enfant; aux yeux des autres, il peut sembler indifférent ou incapable de s'occuper de lui, alors qu'il cherche plutôt à le protéger (2002).

Ce survol très incomplet des manifestations ayant des conséquences sur les soins à donner à leurs enfants peut entraîner, à première vue, une perception négative de la capacité de ces parents à exercer leur rôle parental. Il importe donc de tenir compte aussi des autres facteurs qui les aident à accomplir ce rôle, malgré la présence de manifestations de troubles mentaux. Plusieurs facteurs mentionnés se retrouvent parmi les déterminants sociaux de la santé.



### 3.3 Les autres facteurs personnels

La catégorie des autres facteurs personnels a émergé du corpus, avec 87 mentions. Il est ici question de caractéristiques personnelles en lien avec le trouble mental, qui comprennent la perception du trouble mental et l'adhésion au traitement (laquelle sera influencée par la perception des services de santé mentale et celle de la prise de médicaments, car la période d'essai et d'ajustement de la médication est souvent ardue). Les autres facteurs personnels mis en évidence sont la perception de la parentalité. En effet, la perception de l'enfant, de la relation avec l'enfant et de la mobilisation pour l'enfant, ainsi que la capacité d'introspection, l'estime de soi et le sentiment de compétence parentale, sont tous des éléments susceptibles d'avoir un impact sur les soins à donner. D'autres thèmes ont été soulevés, mais moins fréquemment, tels que la santé physique, la foi, le fait d'avoir confiance, la vie spirituelle et la pratique du sport. Encore ici, nous ne rapportons que certains des éléments mentionnés.

À titre de facteurs personnels, la majorité des répondants ont évoqué leur attitude et leur perception face au trouble mental et à la connaissance qu'ils en ont, l'adhésion au traitement et les stratégies d'adaptation qu'ils ont développées.

#### *La reconnaissance du trouble mental et l'adhésion au traitement*

Le fait de reconnaître que le problème de santé mentale nuit à leurs capacités de fonctionnement, en particulier en ce qui concerne l'exercice du rôle parental ou, de façon plus large, leur relation avec leurs enfants, a été déterminant pour l'ensemble des participants quant à la recherche d'aide et à l'adhésion à un traitement. Ils ont d'abord dû reconnaître qu'ils avaient un problème de santé mentale, puis apprendre à le connaître, et ensuite composer avec les manifestations et les conséquences sur leur fonctionnement général. Leurs attitudes envers ce problème de santé ont aussi eu une incidence.

Le parcours pour y arriver diffère toutefois d'un participant à l'autre, et certains facteurs l'influencent. Les attitudes envers le trouble mental varient d'un témoignage à l'autre. Certaines d'entre elles peuvent nuire. Des participants disent ne pas avoir considéré comme un trouble mental les manifestations qui se produisaient, ce qui explique pourquoi ils n'ont pas consulté :

*J'ai laissé traîner presque 2 ans [avant de consulter]. (Josée; Gr TA)*

Plusieurs participants rapportent avoir sollicité de l'aide<sup>7</sup> parce qu'ils pensaient surtout à leurs enfants, afin qu'ils ne soient pas témoins de leurs comportements ou qu'ils n'en subissent pas les effets négatifs :

*Quand j'ai senti que je pouvais faire du mal à mon fils, c'est là que j'ai cherché de l'aide.  
(Christine; Gr TA)*

Certains auteurs soulignent que la reconnaissance du trouble mental entraîne généralement une plus grande réceptivité à l'aide offerte et un meilleur respect du traitement médical et psychosocial. La capacité d'introspection favorise également une disponibilité et une sensibilité accrues des parents envers leurs enfants (Mullick, Miller et Jacobsen, 2001). Par contre, des mères peuvent refuser d'être hospitalisées par crainte d'être séparées de leurs enfants et choisiront plutôt un traitement offert en clinique externe (Kersting, Fisch et Arolt, 2003).

La prise d'une médication psychotrope influence les capacités des parents à exercer leur rôle parental, tant positivement que négativement. Ainsi, lors d'une phase aiguë d'un trouble, elle permet une diminution des symptômes, et éventuellement une stabilisation des manifestations des troubles mentaux. Dans cette optique, les effets de la médication favorisent la reprise du fonctionnement psychosocial, dont l'accomplissement du rôle parental (Boily, St-Onge et Toutant, 2006). Toutefois, pour plusieurs participants, cette prise de médicament peut provoquer des effets secondaires désagréables

---

<sup>7</sup> Solliciter de l'aide peut être considéré comme une démarche de la personne. L'obtention de l'aide et la qualité de cette aide sont des éléments qui sont davantage reliés aux facteurs environnementaux.

et ainsi nuire à l'accomplissement des tâches parentales. Certains parents peuvent manquer d'énergie pour répondre aux besoins de leurs enfants et pour assumer les tâches quotidiennes.

Cet aspect est soulevé dans la littérature. Des effets secondaires de la médication peuvent provoquer un ralentissement de la pensée ou rendre irritable et impatient (Savvidou, Bozikas, Hatzigeleki et al., 2003). Ces effets négatifs risquent de conduire certains parents à cesser de prendre leur médication. Ils compromettent ainsi la stabilité de leur condition mentale et une exacerbation des symptômes et des manifestations.

Les participants ont rapporté qu'il est difficile pour eux d'accepter que leurs proches aient eu recours à des procédures judiciaires, à la police ou à des subterfuges pour qu'ils reçoivent des soins ou soient hospitalisés. L'adhésion au traitement peut être compromise par la perception négative qu'ont certains participants du milieu hospitalier ou de la psychiatrie. Mais surtout, ils disent éprouver la crainte de perdre la garde de l'enfant, une des pires situations de handicap qu'ils puissent vivre, s'ils ne démontraient pas une bonne amélioration de leur condition, particulièrement chez les parents en situation de rupture conjugale.

### *Stratégies d'adaptation*

Ce que les participants nous apprennent surtout, ce sont les stratégies d'adaptation qu'ils ont développées pour composer avec les manifestations de leurs troubles mentaux afin d'en atténuer les impacts, particulièrement dans l'exercice du rôle parental, et pour s'assurer que les besoins de leurs enfants soient satisfaits. Les stratégies d'adaptation ont d'ailleurs été les éléments énumérés en plus grand nombre dans les facteurs d'influence personnels.

Les parents aux prises avec un trouble mental prévoient ainsi les périodes plus difficiles afin d'être en mesure de satisfaire les besoins de leurs enfants. Par exemple, ils constituent une réserve de nourriture à utiliser lorsqu'ils ne seront pas en mesure de cuisiner :

*Quand je suis bien... je vais faire surtout du manger pour le faire congeler parce que je sais très bien qu'il y a des mauvaises passes et à ce moment-là... Heureusement, j'ai toujours quelque chose de congelé pour nourrir ces enfants-là. (Marie-Josée; Gr TA)*

Plusieurs participants confient que lorsque la symptomatologie est plus importante ou lorsqu'ils se sentent moins bien et que cela perturbe leur relation avec leurs enfants, il leur arrive de laisser l'enfant plus longtemps à la garderie ou le faire garder par leurs proches afin de se reposer. Ils espèrent ainsi maintenir une routine bien établie, une régularité pour les enfants, ce dont la majorité des participants parlent avec insistance :

*Je garde mon énergie pour les enfants le soir. Je vais les chercher de plus en plus tard. J'attends avant d'aller les chercher, donc 18h pour aller les chercher. Puis là, en arrivant, c'est le branle-bas de combat : le souper, les bains, la préparation au dodo, les histoires... Mais j'essaie de donner quand même une certaine qualité aux enfants quand je suis là. (Marie-Josée; Gr TA)*

La majorité d'entre eux expliquent à leurs enfants qu'ils sont plus nerveux ou moins disposés à cause d'un problème de santé mentale et que l'enfant n'est pas responsable de leur état psychologique. Certains expliquent à leur enfant que c'est là une des raisons pour lesquelles ils demandent de l'aide à l'entourage, et encouragent parfois l'enfant à le faire au besoin. Ils suggèrent à l'enfant des stratégies pour éviter qu'il ne soit perturbé par leur humeur.

### 3.4 Les facteurs environnementaux

En lien avec les facteurs environnementaux, 163 mentions ont été obtenues. Ces facteurs sont regroupés en quatre grandes catégories, basées sur le système de Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (OMS, 2001), soit : 1) le soutien et les relations; 2) les attitudes des proches 3) les services, systèmes et politiques; et 4) le patrimoine financier (les conditions financières et matérielles). Chacune de ces catégories renvoie à des thèmes distincts.

### *Le soutien, les relations et les attitudes des proches : les impacts ressentis par les enfants*

Le soutien et les relations renvoient à divers aspects : les relations de soutien des proches; les relations de soutien de l'autre parent; les caractéristiques de l'enfant, dont l'âge, la santé et le comportement perçu; les stratégies d'adaptation développées par l'enfant; enfin, les stratégies d'adaptation développées par les proches. Le soutien et les relations revêtent une importance déterminante. Les attitudes des proches, dont la qualité d'écoute et la compréhension des difficultés, du trouble mental et de ses impacts, semblent des éléments essentiels. Plusieurs confient cependant que le déni des proches envers ces difficultés ou le trouble mental a joué un rôle négatif déterminant dans l'exercice de leur rôle parental ainsi que dans la satisfaction des besoins de leurs enfants.

Par ailleurs, le soutien de l'autre parent ou le fait de vivre une relation conjugale harmonieuse favoriserait la satisfaction des besoins de l'enfant. La présence d'un conjoint ne constitue cependant pas de façon systématique un facteur de protection; la qualité de la relation conjugale est déterminante.

Il est impératif, selon les participants, d'avoir le soutien de l'autre parent et des proches, compte tenu de leurs conditions de santé. Cette aide permet aussi à l'enfant d'être stimulé ou de se divertir. L'aide accordée par les proches à l'exécution des tâches ménagères permet aux participants de récupérer :

*J'ai ma mère qui vient à la maison une fois de temps en temps [quand je ne vais pas bien] :  
« Bon! Je m'en vais faire le ménage. » (Marie-Josée; Gr TA)*

L'absence de ce soutien est cependant défavorable à la réponse aux besoins des enfants. Ce manque d'appui devient un obstacle à la pleine réalisation du rôle parental. Certains participants confient que l'autre parent, tout comme certains de leurs proches, est épuisé d'apporter un soutien ou en vient à adopter une attitude négative à leur égard. L'entourage peut faire preuve d'incompréhension à l'égard de leur problème de santé mentale. Certains expliquent que cette incompréhension fait en sorte que ces proches ont tendance à attribuer la responsabilité des difficultés familiales à une faiblesse ou à une incompétence de leur part plutôt que de considérer l'influence du trouble mental :

*Je suis rendue que je ne réponds même plus au téléphone. [...] Je n'ai pas envie qu'on me demande : « Comment ça va? », surtout pas avoir leurs conseils... de me faire dire : « Brasse-toi un peu. » [...] J'ai pris conscience assez rapidement que c'était pas juste une question de bonne volonté. (Marie-Josée; Gr TA)*

Concernant les impacts ressentis par les enfants, les répondants rapportent que ceux-ci constatent parfois certaines incapacités ou difficultés du parent, par exemple des troubles de mémoire, et lui rappelleront les choses à faire. Les enfants font preuve de compréhension et de réconfort envers le parent ou démontrent une très grande autonomie et même autodiscipline, c'est-à-dire qu'ils réduisent leurs demandes et s'occupent d'eux-mêmes. Plusieurs participants se sont dits conscients que leurs enfants réduisent clairement leurs demandes par crainte de déranger lorsqu'ils sentent que leur parent va moins bien :

*Il est très responsable et il est prévoyant, donc il voyait que je feelais pas donc il demandait moins. Il essayait plus d'être autonome, de faire ses choses lui-même. (Louise; Gr TH)*

D'autres enfants, habituellement plus vieux, assument certaines responsabilités parentales, comme s'occuper d'un autre enfant de la famille. Certains s'ajustent cependant plus difficilement aux incapacités de leur parent, ne les comprennent peut-être pas ou ne supportent pas l'absence d'une pleine réponse à leurs demandes. Ils veulent par exemple que le parent ne se couche pas durant la journée ou cesse d'exprimer sa fatigue. Ils ont plus de difficulté à accepter le manque de réponse positive à leurs demandes ou à leurs besoins. Ils auront alors un comportement qui exprime de la frustration, ce qui a un effet boule de neige et amène des réactions moins adéquates de part et d'autre :

*J'avais des difficultés à m'occuper de mon enfant et puis comme je « feelais » pas, bien ça faisait boule de neige. Lui le ressentait, puis là il se mettait à être malcommode. [...] Il était difficile à vivre. Moi aussi, j'avais des difficultés. Puis là, ça faisait boule de neige. Comme ça là, mon fils*

*me faisait toujours des crises. Ça pouvait durer une heure de temps là. Je ne savais pas quoi faire avec ça. Je n'étais plus capable de supporter ces crises-là. (Marie; Gr TP)*

Dans une étude réalisée auprès de mères atteintes de troubles mentaux, l'âge de l'enfant s'est révélé avoir un impact sur la manière dont elles se perçoivent. Elles auraient tendance à se considérer de façon moins positive dans leur rôle de mère lorsque les enfants sont d'âge préscolaire (Mowbray, Oyserman et Ross, 1995). Nous pouvons présumer que les responsabilités liées aux soins à donner à de jeunes enfants procureraient davantage de stress à ces mères. Parallèlement, l'Étude Commonwealth révèle que le nombre d'enfants âgés de moins de six ans et la présence d'un enfant malade dans la famille sont des éléments dont il faut tenir compte puisqu'ils augmentent les responsabilités liées à l'éducation chez les parents (Lyons-Ruth, Wolfe et Lyubchik, 2000).

### *Les services, systèmes et politiques*

La présence et la disponibilité de services de santé mentale et de services sociaux jouent également un rôle prépondérant. Ce thème a été abordé par la très grande majorité des participants comme ayant une influence sur l'exercice de leur rôle parental. Deux variables ressortent particulièrement : les services destinés aux personnes aux prises avec des troubles mentaux et les autres services présents dans la communauté. Ces éléments ont été mentionnés par 24 des 30 participants. Un dernier thème abordé est celui des conditions de vie qui se détériorent considérablement en situation de maladie; dans ce cas, toute la famille écope.

L'aide de professionnels de diverses disciplines (médecin, psychiatre, travailleuse sociale, psychologue, infirmière) semble avoir contribué chez les participants à obtenir des conditions propices à leur rétablissement, dont le fait de pouvoir compter sur une personne stable, sur des rencontres régulières et sur la disponibilité d'intervenants en situation d'urgence. Par ailleurs, les participants disent qu'ils tentent d'expliquer à leurs enfants leur problème de santé, mais que cela s'avère difficile car il en résulte des changements d'humeur, de l'irritabilité et d'autres manifestations. Ces explications sont donc plus faciles à donner lorsqu'ils ont l'aide d'un professionnel de l'équipe de santé mentale. D'autres évoquent les difficultés rencontrées pour obtenir l'aide d'un professionnel de la santé accessible, sachant les écouter et les comprendre, en particulier pour les participants de sexe masculin. Il est parfois long et ardu de trouver et d'obtenir des services adaptés au sein des divers organismes pouvant apporter un soutien :

*J'étais jamais capable d'avoir accès au système de santé. Je ne savais pas où aller. Puis moi j'ai été pognée avec mon problème et puis si je ne rentrais pas travailler le lendemain matin ben... J'étais pas bien là. (Anne Laure; Gr TP)*

L'offre de services adaptés, le traitement médical et l'intervention autant psychologique que sociale sont déterminants pour ces familles afin de réduire les risques de négligence parentale :

*Quand j'ai des problèmes, je vois que je suis beaucoup plus encadrée qu'avec le médecin. Il y a une équipe autour. Je me sens en confiance. (Marie Josée; Gr TA)*

La recension des écrits sur ces sujets appuie ces éléments. Un des éléments importants à considérer est l'appartenance des personnes atteintes de troubles mentaux à un réseau social. L'encouragement prodigué par les pairs atténuerait le stress et favoriserait une meilleure estime de soi (Corring, 2002). Les mères souffrant de troubles mentaux qui bénéficient d'un soutien social et qui ont accès à d'autres modèles parentaux favorisant l'adoption d'attitudes adéquates seraient plus présentes auprès de leurs enfants, et développeraient ainsi une relation mère-enfant plus sécuritaire (Rogosch, Mowbray et Bogat, 1992). Le soutien social les encouragerait également à s'impliquer dans la scolarisation de leurs enfants (Oyserman, Bybee, Mowbray et al., 2002). En développant des relations de confiance, elles se sentent plus à l'aise de se confier. L'adhésion de ces parents à un groupe de soutien ou à un programme d'intervention peut se révéler un atout important pour l'accomplissement du rôle parental et le développement ou le maintien des habiletés parentales (Corring, 2002). Il devrait également être envisagé de favoriser le maintien du lien avec l'enfant si le placement est nécessaire, voire

même d'adhérer si possible à la notion de responsabilité partagée, qui privilégie l'implication du parent auprès de l'enfant.

#### *Le patrimoine financier*

Seulement quatre participants ont affirmé que leurs conditions financières et matérielles ne sont pas un problème ou ne l'ont pas été en période où ils allaient moins bien. Car les mesures de soutien financier sont essentielles aux personnes dans une telle situation, mais les prestations sont minimales et les démarches parfois longues et épuisantes pour parvenir à obtenir une aide financière. Cette difficulté provient en partie des critères très stricts auxquels il faut se conformer pour se qualifier à un programme de soutien financier et pour faire valoir l'importance du besoin. La gestion de leur budget devient alors une source significative de stress :

*Passé un certain temps, bon tu n'es plus à 70 % du salaire, tu es à 50 % donc tu as encore une perte supplémentaire. Donc, plus ça dure longtemps, plus la crise [financière s'accroît].*  
(Marie-Josée; Gr TA)

Ces éléments sont mis en évidence par plusieurs auteurs. Le fait de bénéficier d'un revenu convenable permet de ressentir moins d'insécurité financière et de stress (Oyserman, Bybee, Mowbray et al., 2002). Des conditions de vie décentes (par exemple, un logement adéquat dans un quartier confortable à proximité des transports en commun et des services) contribuent à une meilleure disponibilité envers l'enfant (Belle, 1982; Jones, Marcias, Gold et al., 2008; Mowbray, Bybee, Hollingsworth et al., 2005; Rogosch, Mowbray et Bogat, 1992). Malgré les remboursements possibles grâce à une assurance médicament, le coût de la médication est évoqué par les participants. Ces déboursés peuvent représenter un fardeau financier pour plusieurs, entre autres pour les personnes considérées comme travailleuses autonomes ou celles ne disposant pas d'un régime d'assurance médicament complet.

#### **4. Discussion**

La perspective retenue pour cette recherche est celle d'une étude descriptive d'un phénomène relativement peu étudié; l'objectif étant de cerner les relations entre les différents concepts d'un phénomène assez peu connu, l'utilisation d'une méthode qualitative a été retenue. Elle permet de faire l'analyse des situations du point de vue de ceux qui les vivent. Menée auprès d'une population clinique, cette recherche apporte des résultats de nature exploratoire. Ceux-ci permettent d'établir des hypothèses de travail pour la recherche ainsi que pour l'intervention auprès de ces personnes et de leurs familles, ou plus largement de leur environnement.

La compréhension de la problématique élaborée ici est centrée sur l'analyse de ces difficultés prises comme le résultat d'un ensemble de facteurs. Ainsi, une attention particulière a été portée à la contribution d'autres facteurs personnels et des facteurs environnementaux relativement à l'exercice du rôle parental chez des parents aux prises avec des troubles mentaux.

Une approche écosystémique s'est imposée. Cette approche permet de saisir un phénomène humain « à tous ses [ordres] systémiques sans trahir sa complexité » (Mayer, 1997 : 15) et d'éviter que l'étude du phénomène ou l'intervention ne repose uniquement sur une approche individuelle laissant entendre que l'individu porte alors toute la responsabilité de la situation.

Le modèle conceptuel du processus de production du handicap (Fougeyrollas, Cloutier, Bergeron et al., 1998) permet de poser ce regard englobant et ainsi de comprendre le rôle déterminant de l'interaction entre les facteurs personnels et environnementaux sur le fonctionnement social des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale. De plus, ce modèle a permis de mieux mettre en évidence le fait que les facteurs d'influence, malgré la présence de certaines limitations lorsque des manifestations des troubles mentaux altèrent les aptitudes entourant les soins à fournir dans l'exercice du rôle parental, peuvent jouer un rôle prépondérant dans la capacité d'assurer la satisfaction des besoins des enfants dans ces familles.

Les données issues de l'analyse de l'échantillon font entre autres ressortir la présence chez une majorité de participants de cooccurrences de troubles mentaux. Ces troubles peuvent appartenir à diverses catégories, différant notamment du trouble principal à l'Axe I du DSM-IV-TR (2000) pour lequel est retenu chacun des participants. Par ailleurs, il est important de se rappeler que les diagnostics peuvent aussi évoluer au cours de l'existence en fonction de plusieurs facteurs. Ces constats renforcent notre conviction qu'il est d'une importance capitale de s'intéresser aux manifestations des troubles autant sinon plus qu'à la présence d'un diagnostic particulier.

L'analyse des données permet de mieux comprendre que les conséquences des manifestations des troubles mentaux des parents sur l'exercice de leur rôle parental peuvent être exacerbées ou atténuées par des obstacles ou des facilitateurs; en d'autres mots, que lorsque les aptitudes sont altérées, d'autres facteurs peuvent aider ou nuire au fonctionnement social.

Parmi ces autres facteurs d'ordre personnel, les participants évoquent entre autres l'importance de leur perception du trouble mental, de l'adhésion au traitement, de la perception des services destinés aux personnes aux prises avec des troubles mentaux, des difficultés rencontrées lors de la période d'essai de la médication, des stratégies d'adaptation qu'ils développent, de leur perception de la parentalité, de leur perception de l'enfant et de leur mobilisation pour la satisfaction de ses besoins.

Parmi les facteurs environnementaux, les participants soulignent l'importance du soutien et des relations (dont les relations de soutien des proches et de l'autre parent), des caractéristiques des enfants, des stratégies d'adaptation développées par leurs enfants, des stratégies d'adaptation développées par leurs proches, des attitudes de leurs proches, du soutien des services de santé mentale, du soutien des autres services dans la communauté (dont les services de soutien à l'exercice du rôle parental) et du soutien financier nécessaire au maintien de conditions de vie décentes. Si l'on se réfère à Mikkonen et Raphael (2011) et au document du MSSS (2012), tous ces éléments se retrouvent parmi les déterminants sociaux de la santé qui émergent des caractéristiques, expériences et comportements d'un individu, de l'environnement économique/travail, de l'environnement social, de l'environnement physique et du système de santé et des services sociaux.

Pour l'intervention, certaines pistes peuvent être mises en évidence, dont l'importance de tenir compte de la reconnaissance du trouble mental, des limitations qu'amène la symptomatologie, de l'adhésion au traitement et des stratégies d'adaptation développées. Les facteurs environnementaux peuvent à cet égard agir comme facilitateurs ou devenir au contraire des obstacles.

Expliquer les conséquences d'une maladie, particulièrement concernant les limitations qu'elle entraîne, susciter l'engagement des proches en leur apportant des explications précises et adaptées ou favoriser le contact avec des pairs et des ressources communautaires peuvent s'avérer des pistes utiles, particulièrement lorsque la personne va moins bien. De plus, il s'avère essentiel de cerner des pistes de solutions afin d'offrir aux enfants des interventions répondant à leurs besoins. Des rencontres avec eux peuvent s'inscrire dans ce type de démarche, fournissant un moment propice à la transmission d'informations sur les divers aspects de la maladie, les ressources existantes à leur disposition et surtout au dépistage chez les enfants de facteurs d'influence susceptibles de nuire ou d'aider à leur développement et à leur protection. Au Québec, plusieurs mesures ministérielles visent à soutenir le développement optimal des enfants. Ainsi, les conséquences négatives découlant des manifestations des troubles mentaux peuvent « être amoindries par de la stabilité familiale et par du soutien, d'où l'importance d'accompagner les intervenants dans l'acquisition de compétences relatives à l'adaptation des interventions à cette réalité » (MSSS, 2015 : 34).

## **CONCLUSION**

Il nous apparaît essentiel de sensibiliser les milieux de la santé mentale et des services à l'enfance et à la famille à l'importance de tenir compte du contexte de parentalité des personnes présentant un trouble mental. Une meilleure compréhension des conséquences des manifestations du trouble mental, ainsi que des autres facteurs personnels ou environnementaux qui nuisent à

l'accomplissement de certaines tâches associées à l'exercice du rôle parental, permettra de développer des services adaptés aux besoins de ces parents à cet égard. Dans bien des cas, il suffirait de fournir au parent un encadrement et un soutien adaptés à sa condition pour pallier ses incapacités lorsqu'il va moins bien.

Bien que les personnes aux prises avec des troubles mentaux aient indéniablement des compétences parentales, nous savons que ces personnes et les membres de ces familles sont plus susceptibles d'éprouver des difficultés d'ordre psychosocial que la population en général et que, sans un soutien adéquat pour répondre aux besoins de leurs enfants, ces familles risquent de vivre des difficultés importantes. Cette perspective nous amène d'ailleurs à souligner qu'au moment où une phase aiguë du trouble mental se présente, les parents peuvent perdre temporairement leurs pleines capacités parentales, ce qui ne met pas nécessairement leurs compétences parentales en jeu. Cette distinction nous paraît essentielle.

Il importe également de miser sur les forces de la personne et d'éviter ainsi de mettre l'accent uniquement sur ses incapacités. Pour ce faire, il est nécessaire de tenir compte de l'ensemble des déterminants sociaux de la santé, dans le but d'aider le parent en palliant ses incapacités et en réduisant les risques liés à l'exacerbation de ses problèmes de santé, à l'apparition d'autres problèmes de santé chez les membres de la famille ou encore au développement de problèmes sociaux.

La prudence reste de mise quant à la généralisation et à la portée des résultats de la recherche. Rappelons qu'il s'agit ici de la perception des participants. De façon étonnante, par exemple, certaines manifestations n'ont pas été mentionnées comme ayant des conséquences sur l'exercice du rôle parental. Les résultats de la recherche auraient-ils été différents si une méthode quantitative avait été utilisée, si le point de vue des proches, des enfants ou des intervenants avaient été recueillis ou si l'échantillon avait été constitué de parents n'ayant plus la garde de leurs enfants? Les données obtenues auraient certainement été différentes et auraient soulevé d'autres aspects. De toute évidence, la perspective de l'analyse des situations du point de vue de ceux qui les subissent comporte ses forces et ses faiblesses.

#### **ABSTRACT :**

*Further to an analysis of research results, this article seeks to understand what helps and what hinders individuals with serious mental disorders in the performance of their parenting role, and the state of knowledge in this area. It focuses on health determinants impacting their performance of the parenting role and the needs of their children. An analysis of 30 interviews with parents with serious mental disorders (mood, psychotic or anxiety disorders) was carried out. The conceptual framework for the disability creation process was used in looking at the interaction between personal and environmental factors, particularly when these parents do not feel well.*

#### **KEYWORDS :**

*Mental disorders; symptoms; parent; parenting role; child; determinants; ecosystemic*

#### **RÉFÉRENCES**

- Anyaebugnam, J. (2001). « When parents have a mental illness », *Nursing Times*, 97, 39-40.
- Appleby, L. et C. Dickens (1993). « Mothering skills of women with mental illness », *British Medical Journal*, 306, 348-349.
- Belle, D. (1982). « Social ties and social support » : 133-144, dans D. Belle dir.), *Lives in stress*, Beverly Hills, CA : Sage.
- Benjamin, L. R., Benjamin R. et B. Rind (1998). « The parenting experiences of mothers with dissociative disorders », *Journal of Marital and Family Therapy*, vol. 24, n° 3, p. 337-354.
- Blanch, A., Nicholson, J. et J. Purcell (1994). « Parents with severe mental illness and their children : The need for human services integration », *The Journal of Mental Health Administration*, 21, 388-396.
- Boily, M. (2009). *L'exercice du rôle parental chez des personnes aux prises avec des troubles mentaux*. Thèse de doctorat. Faculté des sciences sociales. Université Laval Québec.

- Boily, M., M. St-Onge et M. T. Toutant (2006). *Au-delà des troubles mentaux, la vie familiale. Regard sur la parentalité*, Comité de la santé mentale du Québec, collection « Intervenir », Montréal, Les Éditions du CHU Sainte-Justine.
- Bosanac, P., Buist, A. et G. Burrows (2003). « Motherhood and schizophrenic illnesses : A review of the literature », *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37, 24-30.
- Caughy, M., Huang, K. et J. Lima (2009). « Patterns of conflict interaction in mother-toddler dyads : differences between depressed and non-depressed mothers », *Journal of Child and Family Studies*, 18, p. 10-20.
- Chandra, P. S., Venkatasubramanian, G. et T. Thomas (2002). « Infanticidal ideas and infanticidal behavior in indian women with severe postpartum psychiatric disorders », *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 190, 457-461.
- OFSTED (2013). « What about the children? Children's Services and Skills » (Ofsted) Publication : 130066. [www.ofsted.gov.uk/resources/130066](http://www.ofsted.gov.uk/resources/130066).
- Corring, D. J. (2002). « Quality of life : Perspectives of people with mental illnesses and family members », *Psychiatric Rehabilitation Journal*, vol. 25, n° 4, p. 350-358.
- Fougeyrollas, P. et K. Roy (1996). « Regard sur la notion de rôles sociaux. Réflexion conceptuelle sur les rôles en lien avec la problématique du processus de production du handicap », *Service Social*, 45 (3), 31-54.
- Fougeyrollas, P., R. Cloutier, H. Bergeron, J. Coté, J. et G. St-Michel (1998). *Classification québécoise. Processus de production du handicap*, Lac Saint-Charles, Réseau International sur le processus de production du handicap.
- Goodman, S. H. et H. E. Brumley (1990). « Schizophrenic and depressed mothers : relational deficits in parenting », *Developmental Psychology*, 26 (1), 31-39.
- Gross, D. et D. Semprevivo (1989). « Mentally ill mothers of young children. Analysis of in-patient chart reviews », *Journal of Child and Adolescent Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2, 105-109.
- Jones, D., Macias, R. L., Gold, P. B., Barreira, P. et W. Fisher (2008). « When parents with severe mental illness lose contact with their children : Are psychiatric symptoms or substance use to blame? », *Journal of Loss and Trauma*, 13, 261-287.
- Kersting, A., S. Fisch et V. Arolt (2003). « Outpatient psychotherapy for mothers : A new treatment », *Archives of Women's Mental Health*, vol. 6, p. 65-69.
- Lacharité, C. (2014). *Programme d'aide personnelle, familiale et communautaire : PAPFC Guide de programme* (éd. rev.), Trois-Rivières, Québec : CEIDF/UQTR
- Laframboise, J. (2001). *Quelques données sur les troubles de santé mentale des jeunes inscrits à la prise en charge dans les Centres jeunesse de Montréal et de leurs parents*, Montréal : Les Centres Jeunesse de Montréal.
- Laporte, L. et L. Baillargeon (2005). « Le trouble limite de la personnalité chez les parents des enfants suivis par les services de protection de la jeunesse : un motif de compromission? », 6<sup>e</sup> *Symposium national sur la protection et le bien-être des enfants : Des enfants à protéger, des adultes à aider : deux univers à rapprocher*, Montréal.
- Lyons-Ruth, K., Wolfe, R. A. Lyubchik (2000). « Depression and the parenting of young children : Making the case for early preventive mental health services », *Harvard Review Psychiatry*, 8, 148-153.
- Mattejat, F. et H. Remschmidt (2008). « The children of mentally ill parents », *Deutsches Ärzteblatt International*, 105, 413-418.
- Mayer, R., Ouellet, F., Saint-Jacques, M.-C. et D. Turcotte (dir.) (2000). *Méthodes de recherche en intervention sociale*, Boucherville : Gaëtan Morin.
- Mayer, M. (1997). *Les contextes écologiques d'incidence de mauvais traitements à l'égard des enfants dans la région de Montréal* (Thèse doctorale non publiée), Montréal : Université de Montréal.
- MSSS (2015). *Plan d'action en santé mentale 2015-2020 : Faire ensemble et autrement*, Publications du Québec : Gouvernement du Québec.
- MSSS (2012). *La santé et ses déterminants : Mieux comprendre pour mieux agir*, Gouvernement du Québec. 24 p. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2011/11-202-06.pdf>.
- Mikkonen, J. et D. Raphael (2011). *Déterminants sociaux de la santé. Les réalités canadiennes*, Toronto : École de gestion et de politique de la santé de l'Université York.
- Mowbray, C. T., Oyserman D. et D. Bybee (2000). « Mothers with serious mental illness » : 73-91, dans F. J. Frese III (dir.), *The role of organized psychology in treatment of the seriously mentally ill. New directions for mental health services*, San Francisco, CA : Jossey-Bass.
- Mowbray, C. T., Oyserman D. et S. Ross (1995). « Parenting and the significance of children for women with a serious mental illness », *The Journal of Mental Health Administration*, vol. 22, n° 2, p. 139-200.



- Mullick, M., Miller L. J. et T. Jacobsen (2001). « Insight into mental illness and child maltreatment risk among mothers with major psychiatric disorders », *Psychiatric Services*, vol. 52, n° 4, p. 488-492.
- Murray, L., Cooper, P. et A. Hipwell (2003). « Mental health of parents caring for infants », *Archives of Women's Mental Health*, 6 (suppl. 2) s71-s77.
- Nicholson, J. et B. J. Friesen (2014). « Developing the Evidence Base for Families Living With Parental. Psychiatric Disabilities : Crossing the Bridge While We're Building It », *Psychiatric Rehabilitation Journal*, vol. 37, n° 3, 157-161.
- Nicholson, J. et A. D. Henry (2003). « Achieving the goal of evidence-based psychiatric rehabilitation practices for mothers with mental illnesses », *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27, 122-130.
- Nicholson, J., K. Biebel, B. Hinden, A. Henry et S. Lawrence (2001). *Critical issues for parents with mental illness and their families*, Washington, D.C. : Center for Mental Health Services, Mental Health Directory, Superintendent of Documents, U.S. Government Printing Office.
- Noreau L., Weber P., Fougeyrollas P., Henry F. et J. Tremblay (2003). *Niveau de participation sociale et qualité de l'environnement de la clientèle de Pro Infirmis Vaud ayant fait l'objet d'une intervention en travail social. Étude exploratoire sur les résultats des interventions*, Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation et intégration sociale, Québec, Département de réadaptation, Université Laval, Québec, Pro Infirmis Vaud, Lausanne. Disponible intégralement sur Internet : [www.proinfirmis.ch/etude.pdf](http://www.proinfirmis.ch/etude.pdf)
- OMS (2001). *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé*, Genève : Organisation mondiale de la Santé.
- Oyserman, D., Bybee D., Mowbray, C. et P. MacFarlane (2002). « Positive parenting among african american mothers with a serious mental illness », *Journal of Marriage and Family*, 64, 65-77.
- Pauzé, R., Toupin, J., Déry, M., Mercier, H., Cloutier et al. (2000). *Portrait des jeunes inscrits à la prise en charge des Centres jeunesse du Québec et description des services reçus au cours des huit premiers mois*, Sherbrooke : Groupe de recherche sur les inadaptations sociales de l'enfance (GRISE), Université de Sherbrooke.
- Pouliot, E. (2002). *L'utilisation des forces parentales sous forme de compétences. Travail présenté à Drapeau Sylvie, Saint-Jacques Marie-Christine, Turcotte Daniel, Ste-Foy (Québec)*, École de service social, Université Laval.
- Rogosch, F. A., C. T. Mowbray et G. A. Bogat (1992). « Determinants of parenting attitudes in mothers with severe psychopathology », *Development and Psychopathology*, vol. 4, p. 469-487.
- Savvidou, I., V. P. Bozikas, S. Hatzigeleki et A. Karavatos (2003). « Narratives about their children by mothers hospitalized on a psychiatric unit », *Family Process*, vol. 42, n° 3, p. 391-402.
- Thomas, L. et R. Kalucy (2003). « Parents with mental illness : Lacking motivation to parent », *International Journal of Mental Health Nursing*, vol. 12, p. 153-157.
- Tilbury, C., Walsh, P, et J. Osmond (2015). « Child Aware Practice in Adult Social Services : A Scoping Review », *Australian Social Work*, publié en ligne le 2 mars 2015.
- Trocmé, N., MacLaurin, B., Fallon et al. (2001). *Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants : Rapport final*. Ottawa : Ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada.
- Trocmé, N. (1996). « Development and Preliminary Evaluation of the Ontario Neglect Index », *Child Maltreatment*, 1, 145-155.
- Vézina, A. et R. Bradet (1992). « Validation québécoise d'un Inventaire mesurant le bien-être de l'enfant », *Science et Comportements*, 22, 233-251.
- Vostanis, P., Graves, A., Meltzer, H., Goodman, R., Jenkins, R. et T. Brugha (2006). « Relationship between parental psychopathology, parenting strategies and child mental health », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41, 509-514.
- Warren, S. L., Gunnar, M. R., Kagan, J. et al.(2003). « Maternal panic disorder: Infant temperament, neurophysiology, and parenting behaviors », *American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42, 814-825.