

le partenaire

vol. 12, no 1, automne 2004

Dossier : parentalité et santé mentale, une responsabilité à investir



ASSOCIATION
QUÉBÉCOISE POUR
LA RÉADAPTATION
PSYCHOSOCIALE

le partenaire

est le bulletin de

l'Association québécoise
pour la réadaptation psychosociale



Siège social :

AQRP, 184, rue Racine, Loretteville (Québec) G2B 1E3

Téléphone : (418) 842-4004

Télécopieur : (418) 842-4334

Courriel : aqrp@qc.aira.com

Comité de rédaction : Michèle Clément,
Lucie Dumais, Rosanne Émard, Francis Guérette,
Claude Lagueux, Gilles Lauzon, Pierre Nantel,
Catherine Vallée

Éditeur : Pierre Nantel

Collaboration spéciale : Catherine Vallée

Conception graphique : Fleur de Lysée - 514 528.8618

Imprimé à Montréal

Révision des textes et correction des épreuves :
Dany Cloutier

ISSN 1188- 1607

sommaire

- 3 *Carnet de l'éditeur, Pierre Nantel*
- 4 *La parentalité au quotidien, Catherine Vallée*
- 14 *État de situation sur les services, Catherine Vallée*
- 20 *Survol des initiatives, Catherine Vallée*
- 28 *Bibliographie et références*

Sébastien April, l'artiste qui a créé l'œuvre présentée en page couverture, est membre de l'organisme Jour-Arts de Laval. Nous vous invitons à consulter le site Internet de ce collectif : www.Jour-arts.ca.

Ce numéro du bulletin *Le Partenaire* est un pleins feux sur l'exercice d'un des rôles-clés de la vie : être un parent. Intitulé « Parentalité et santé mentale : une responsabilité à investir », ce dossier fort important représente un complément de taille aux deux articles du volume 11, numéro 2 (hiver 2004) à propos du rôle

parental. Ces articles offraient un état de la situation au Québec et présentaient comment, à Québec, certains soutiens commençaient à s'organiser pour les parents vivant avec des problèmes graves de santé mentale.

Dans cette édition, vous découvrirez un travail fantastique réalisé sur le sujet par notre collaboratrice et amie, Mme Catherine Vallée. Elle a investi une bonne part de ses grands talents pour faire une mise à jour exhaustive des connaissances, des programmes et des services en la matière.

En lisant les trois articles inédits proposés, vous aurez droit à une recension complète de la littérature récente, vous reconnaîtrez les besoins des parents et des enfants concernés, vous serez confrontés aux préjugés persistants, à la grande pauvreté des services et vous remarquerez que les questions touchant la parentalité et les problèmes, vécus surtout par les mères et leurs enfants, sont souvent ignorées, éludées par les différents fournisseurs de services.

En contrepartie, Mme Vallée nous présente de nombreuses pistes de solutions pour répondre de manière adéquate au vibrant désir des personnes

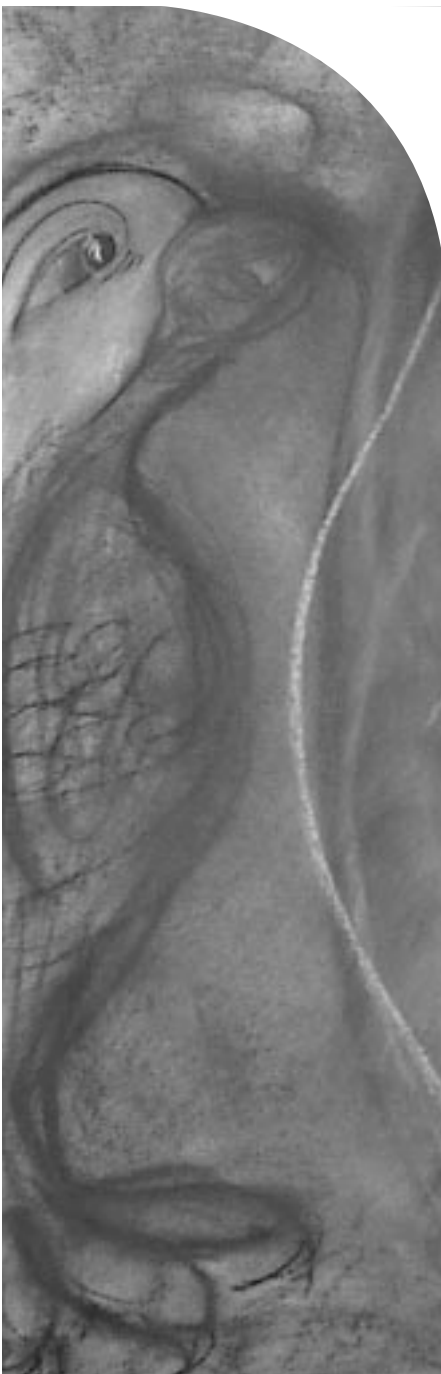
aux prises avec des troubles mentaux graves d'exercer leur rôle de mère et de père. Enfin, elle nous a déniché quelques citations fort pertinentes de parents et d'enfants. Elles vous sont offertes, dans des encadrés, tout au long du bulletin.

Catherine Vallée est une femme qui nous offre une panoplie de connaissances et d'informations sur le vécu des parents aux prises avec des troubles mentaux. Personne engagée et passionnée par la réadaptation psychosociale et le devenir des personnes vivant avec des problèmes graves de santé mentale, elle vous dirait sans doute qu'elle est avant tout une mère concernée par le développement de ses jeunes enfants.

Elle enseigne aussi à l'Université d'Ottawa. Membre du comité d'édition du bulletin *Le Partenaire*, elle fut présidente de l'AQRP de 1995 à 1998.

Le comité d'édition est convaincu que cette contribution exceptionnelle de trois articles inédits représente un outil pédagogique indispensable pour tous ceux et celles qui sont concernés par l'exercice du rôle parental des personnes qui vivent des problèmes de santé mentale.

Pierre Nantel



NOTE BIOGRAPHIQUE

Sébastien April, *Selina*, pastel sur papier. Artiste autodidacte, Sébastien April a fait des études en cinéma et production de spectacles au Cégep Lionel- Groulx. Il est père monoparental d'une fillette de 11 ans et il rêve de réaliser un projet audiovisuel multimédia.

Cet article trace le bilan des connaissances actuelles sur le quotidien et les besoins des parents aux prises avec des troubles mentaux et leurs enfants. Dans un premier temps, nous évoquerons l'importance des préjugés auxquels font face les parents aux prises avec des troubles mentaux et l'absence d'attention dévolue à cette clientèle au sein des réseaux de santé mentale. Nous soulèverons différents aspects de cette problématique, de la planification des naissances jusqu'à l'impact de l'absence de services et des conditions adverses sur le quotidien des parents et de leurs enfants. Cet article s'appuie sur une littérature majoritairement américaine, mais aucune dissonance ne se fait sentir dans les écrits provenant de l'Angleterre, de l'Australie ou du reste du Canada. Il pourra être perçu comme un cri ou un appel à la mobilisation ; il est aussi la résultante d'un désir de s'arrêter, de jauger nos sensibilités et de reconnaître nos aveuglements pour mieux mesurer ce qu'il nous faudra entreprendre collectivement.

PERTINENCE DE LA PROBLÉMATIQUE

Alors que la maternité est généralement associée à des valences positives, celle de la maladie mentale demeure chargée de lourds préjugés. Ce contraste entre ces deux aspects de l'expérience personnelle d'une mère aux prises avec des troubles mentaux peut paraître difficile à réconcilier, notamment quant à la capacité de prendre soin d'autrui lorsque prendre soin de soi est un défi (Greaves et al., 2002 ; White, Nicholson, Fisher et Geller, 1995 ; Stefan, 1988). Si cette présomption se révèle exacte pour certains, de nombreux parents exercent adéquatement ce rôle lorsque des mesures de soutien appropriées sont mises en œuvre. Or, cette perspective n'est pas partagée par tous les intervenants œuvrant dans le domaine de la santé mentale. Elle est virtuellement ignorée chez ceux qui œuvrent dans le milieu de la protection de la jeunesse (Greaves et al., 2002).

L'expérience de la maternité est centrale dans l'existence des femmes, lui donne un sens et une direction (Farber, 2004 ; Nicholson, Sweeney et Geller, 1998a ; Sands, 1995 ; Schwab, Clark et Drake, 1991). Plusieurs femmes jugent leur valeur personnelle à travers le prisme de la maternité (Farber, 2004). Les attentes et les demandes associées à la maternité évoluent alors que l'enfant grandit, acquiert de l'indépendance et quitte le nid familial. Cependant, la maternité se poursuit, se transforme, s'exprime différemment et ne se termine jamais (McKay, 2004 ; Opacich et Savage, 2004).

Mowbray, Schwartz, Bybee, Spang, Rueda-Riedle et Oyserman, 2000a ; Nicholson, Sweeney, et Geller, 1998a). Une vaste majorité d'entre elles considèrent qu'il est important, pour elles, de continuer à participer à l'éducation de leurs enfants et à l'assumer (Joseph, Joshi, Lewin et Abrams, 1999 ; Mowbray, Oyserman et Ross, 1995a). Les mères aux prises avec des troubles mentaux continuent d'espérer une vie normale pour elles et leurs enfants (Ackerson, 2003 ; Sands, 1995). Si la maternité contribue au stress de certaines, elle constitue une motivation profonde à poursuivre leur rétablissement pour d'autres (Lees, 2004 ; Morrow, 2004 ; Nicholson, Hinden, Biebel, Henry et Stier, 2004 ; Ackerson, 2003 ; Mowbray et al., 2001 ; Mowbray et al., 2000a ; Nicholson et al., 1998a ; Mowbray et al., 1995a) ou à mettre un terme à des contextes malsains, comme la consommation de drogues ou la violence conjugale (Mowbray et al. 2001 ; Morris et Schinke, 1990). La maladie, aussi persistante soit-elle, n'est plus au cœur de leur existence : l'enfant la supplante (Opacich et Savage, 2004). La présence et l'interaction qu'une mère aux prises avec des troubles mentaux développe avec son enfant peuvent contribuer à augmenter son estime d'elle-même, à la valider dans un statut valorisé et à promouvoir sa croissance personnelle (Morrow, 2004 ; Sands, 1995 ; Mowbray et al., 1995a).

Alors que les interventions en réadaptation psychosociale permettent aux personnes aux prises avec des troubles mentaux de participer socialement au sein de rôles qui leur sont significatifs, le rôle de parent

il ne reconnaît pas que les mères aux prises avec des troubles mentaux puissent être de bons parents (Bassett, Lampe et Lloyd, 1999). Les programmes sont généralement centrés sur ce qu'on appréhende être les besoins des clients ou des usagers : cependant, rares sont ceux qui organisent leurs activités sur les besoins des adultes aux prises avec des troubles mentaux, en tenant compte de leur famille et de leur communauté. Les services traditionnels de santé mentale ne permettent pas de répondre aux besoins des parents aux prises avec des troubles mentaux (Nicholson et al., 2001 ; Mowbray et al., 2000a). Les responsabilités et les rôles associés à la parentalité demeurent négligés (McKay, 2004 ; Nicholson, Geller et Fisher, 1996 ; Zemencuk, Rogosh et Mowbray, 1995 ; Nicholson et Blanch, 1994 ; Nicholson, Geller, Fisher et Dion, 1993). Dans une perspective féministe, Oyserman, Mowbray et Zemencuk (1994) déplorent que les services de réadaptation accordent moins d'attention au rôle de parent (qui interpelle peut-être davantage les femmes) que le rôle de travailleur. En fait, Stefan (1988) souligne que des obstacles systémiques s'opposent sans cesse au soutien des mères aux prises avec des troubles mentaux.

Puisque les personnes aux prises avec des troubles mentaux continuent de faire des enfants, qu'ils tentent d'élever avec ou sans soutien, ce manque d'attention entraîne peut-être davantage d'enfants à vivre dans un contexte à risque, particulièrement en ce qui concerne leur développement ou leur santé mentale (Nicholson, 2003a ; 2003b ; Nicholson et Blanch, 1994). Les efforts entrepris par les parents sont ignorés ou discrédités, les familles sont séparées et les réseaux de services sociaux doivent desservir des enfants, voire les placer, alors qu'il aurait été possible de les maintenir dans leur famille d'origine à l'aide de mesures de soutien appropriées (Nicholson et al., 2001). L'ignorance et la désinformation sur la nature des maladies mentales, leur impact sur la grossesse et sur la parentalité

« Mes enfants me donnent de la force et de l'espoir.

Je trouve en eux le désir de survivre. »

Les mères aux prises avec des troubles mentaux décrivent leur relation avec leurs enfants et leur rôle de parent comme étant extrêmement significatifs (Ackerson, 2003 ; Mowbray, Oyserman, Bybee, MacFarlane et Rueda-Riedle, 2001 ;

demeure largement ignoré (McKay, 2004 ; Nicholson, Biebel, Hinden, Henry et Stier, 2001 ; Mowbray et al., 2001 ; Mowbray et al., 2000a ; Cogan, 1998). Le système de santé mentale ne développe pas de services spécifiques pour cette population. Par conséquent,

ainsi que l'organisation des services sociaux et de santé mentale peuvent conduire à un plus sombre pronostic, autant pour les parents que pour leurs enfants (Nicholson, 2003a ; Nicholson et al., 2001). La structure familiale chaotique et les multiples placements contribuent aux difficultés émotives des enfants issus de familles où l'un des deux parents présente des troubles mentaux graves. Cette situation conduit à une augmentation des coûts des services de santé mentale dévolus aux enfants (Nicholson et al., 1996).

L'état des connaissances ne nous permet pas d'estimer de façon précise le pourcentage de personnes aux prises avec des troubles mentaux qui ont eu des enfants (Nicholson et Blanch, 1994). En guise d'exemple, seulement 16 des 52 États américains comptabilisent au sein de la planification des services en santé mentale des statistiques sur la question (Nicholson et al., 1993). Les dossiers médicaux ne font pas état de la paternité ou de la maternité d'un patient, car la question n'est pas souvent soulevée au moment de l'hospitalisation (Ramchandani et Stein, 2003 ; Tamarit et Yin-Har Lau, 1999 ; Mowbray et al., 1995a). De façon générale, le phénomène est clairement sous-estimé (White et al., 1995). À partir des données d'un recensement, Nicholson et al. (2001) indiquent que les hommes et les femmes aux prises avec des troubles mentaux ont autant sinon davantage de chance d'être parent que ceux qui ne souffrent d'aucun problème de santé mentale, tel que le démontre le tableau 1.

EN PRÉLUDE À LA MATERNITÉ, LA PLANIFICATION DES NAISSANCES

Les femmes aux prises avec des troubles mentaux sont victimes d'importants préjugés bien avant qu'elles ne deviennent mères. Le désir normal de porter et d'élever des enfants suscite d'importantes réactions négatives de la part de la société (Nicholson et al., 1998b). Les femmes aux prises avec des troubles mentaux ont une vie sexuelle plus active, elles se marient ou vivent davantage en union libre et elles élèvent plus fréquemment des enfants que leur contrepartie masculine (Mowbray, Oyserman et Bybee, 2000b ; Miller, 1997). D'autres auteurs suggèrent qu'une rela-

« Une étiquette vous poursuit quand vous avez un problème de santé mentale. Tout ce que vous direz n'aura aucune valeur ou pertinence, parce que vous êtes étiqueté comme étant un malade mental. »

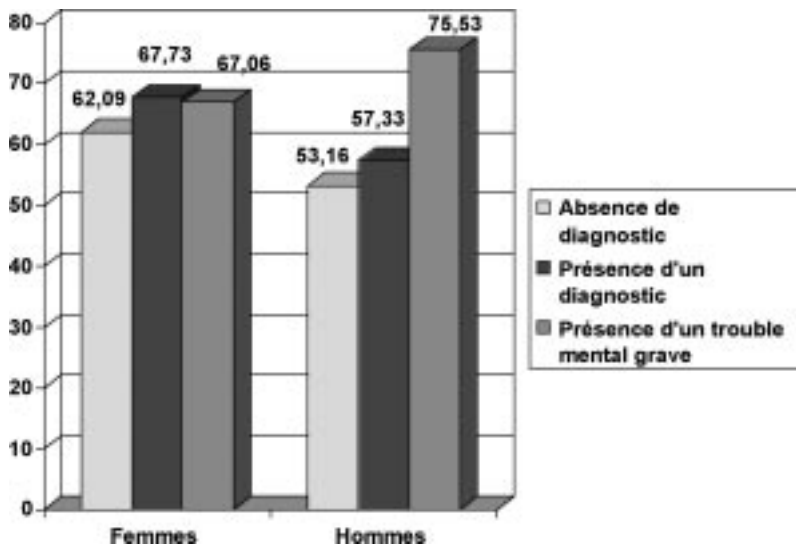
tion subsiste entre une vie sexuelle très active et la sévérité des atteintes à la santé mentale, notamment quant à la manifestation de conduites à risque. Ces mêmes auteurs indiquent que parmi les personnes sexuellement actives interrogées, près de la moitié avaient admis avoir eu des activités sexuelles en échange de biens ou de nourriture (Cournos, Guido et Coormaraswamy, 1994).

Les femmes aux prises avec une forme de schizophrénie démontrent un taux de fertilité plus élevé que les femmes qui ne présentent pas de troubles mentaux (Joseph et al., 1999 ; Miller et Finnerty, 1996 ; Mowbray, Oyserman, Zemencuk et Ross, 1995b ; Zemencuk et al., 1995). Ces femmes vivent davantage de grossesses non planifiées, dans une proportion de 50 % à 60 %. Les femmes sont fréquemment seules durant leur grossesse et lorsqu'elles accouchent. Il n'est pas rare qu'elles ne puissent pas identifier le père (Mowbray et al., 1995b). Miller (1997) rapporte que plusieurs ont nombre de partenaires et que les risques d'exploitation sexuelle sont également plus élevés.

La contraception constitue alors un enjeu difficile (McLennan et Ganguli, 1999 ; Miller, 1997) : plusieurs femmes aux prises avec des troubles mentaux graves sont peu en contact avec leur corps, rejettent l'idée d'insérer un objet dans leur corps, n'arrivent pas à prendre des contraceptifs oraux de façon quotidienne ou éprouvent des difficultés à revendiquer le port du condom chez leur partenaire (Mowbray et al., 1995b). De ce fait, les femmes aux prises avec des troubles mentaux graves sont plus à risque de s'exposer au VIH, ce qui contribue à la complexité de la problématique et à l'ampleur des interventions à mettre en œuvre pour elles ou leurs enfants (Nicholson et al., 2001 ; Cogan, 1998 ; Miller, 1997). McLennan et Ganguli (1999) soulèvent un paradoxe : alors que bon nombre d'intervenants reconnaissent qu'une forte proportion de leurs clientes sont sexuellement actives mais n'utilisent pas de contraceptifs, la planification des naissances n'est pas abordée.

À la lumière de ces constats, Miller (1997) suggère que de l'éducation sexuelle soit intégrée au sein des programmes de réadaptation psychosociale. Les groupes visant le développement des compétences sociales doivent intégrer à leur contenu une sensibilisation aux enjeux d'affirmation dans un contexte d'intimité sexuelle. Des services de planification des naissances doivent être intégrés au sein des services de santé mentale (Miller, 1997 ; Zemencuk et al., 1995).

TABLEAU 1 : Prévalence de la parentalité en fonction de l'absence ou de la présence d'un diagnostic psychiatrique, suivant les données tirées d'un recensement américain, Kessler, McGonagle, Zhao, et al., (1994).



UN AUTRE AVANT-GOÛT, LA GROSSESSE
La parentalité est une étape centrale de la vie adulte, mais la grossesse, la naissance et la période post-partum s'avèrent être des points d'entrée souvent stressants dans le rôle d'une mère (Mowbray et al., 1995b). Un nombre imposant d'études témoigne du fait que les soins prénataux pour cette clientèle sont lacunaires ou inappropriés (Miller, 1997 ; Mowbray et

Il subsiste d'importantes lacunes en ce qui concerne l'élaboration de protocoles de soins dédiés aux femmes aux prises avec des troubles mentaux durant leur grossesse et la période post-partum (Morrow, 2004 ; Brunette et Dean, 2002 ; Miller, 1997 ; Nicholson et al., 1996). En effet, les femmes enceintes sont fréquemment exclues des recherches pharmacologiques. Les psychiatres et les médecins

juger durement entraîne chez certains un sentiment d'inadéquation illégitime (Nicholson et al., 1998a ; Sands, 1995).

Plusieurs mères relèvent le fait qu'une médication mal ajustée ou les effets secondaires peuvent altérer leurs compétences parentales (Brunette et Dean, 2002) ; Nicholson et al., 1998a). Ackerson (2003) souligne que le processus diagnostique, avec ses essais et ses erreurs, complique les efforts que font les mères pour gérer leur maladie.

C'est dans un contexte de pauvreté que les femmes assument leur rôle de mère (Morrow, 2004 ; Ackerson, 2003 ; Mowbray et al., 2001 ; Mowbray et al., 2000a ; Mowbray et al., 1995a ; Sands, 1995 ; Zemencuk et al., 1995 ; Oyserman et al., 1994). Plusieurs éléments liés au statut socioéconomique de ces mères – accéder à un logement décent, à des modes de transport pratiques, à des quartiers sécuritaires ou à des denrées de base – créent d'importants stress quotidiens (Morrow, 2004 ; Mowbray et al., 2001 ; Morrow et Chappell, 1999 ; Rogosh, Mowbray et Bogat, 1992). Dans une étude sur la condition de vie des mères aux prises avec des troubles mentaux, une répondante sur sept a déclaré avoir été évincée ou avoir dû déménager, faute de moyens. Un tiers des participantes ont rapporté que les relations avec les propriétaires constituent un stress chronique (Mowbray et al., 2000a). Plusieurs parents ont interrompu leur éducation avant d'acquiescer une formation professionnelle, ce qui limite l'accès à l'emploi, les condamnant à la précarité (Morrow, 2004 ; Morrow et Chappell, 1999). L'appartenance à une classe socioéconomique faible est une variable plus déterminante sur le développement de l'enfant que la présence d'un trouble mental chez un des parents (Rogosh et al., 1992).

Plusieurs auteurs relèvent également le niveau d'isolement auquel sont confrontées les mères aux prises avec des troubles mentaux (Mowbray et al., 2000a ; Bassett et al., 1999 ; Rogosh et al., 1992) : non seulement le réseau social de ces mères est-il restreint, mais elles doivent assumer la garde de façon continue, sans service de répit, tout particulièrement les fins de semaine (Bassett et al., 1999). Même si les cliniciens font état de préoccupations quant au contexte où les parents exercent leurs rôles, McLennan et Ganguli (1999) soulèvent que la majorité des familles ne sont pas référées à des services susceptibles de les aider.

« En réalité, je ne veux pas aller à l'hôpital. Je veux être à la maison. Je veux être la mère. Je veux être en charge de la maison... de la cuisine, du nettoyage, de prendre soin de tout le monde, de changer des couches. »

al., 1995b ; Miller, Resnick, Williams et Bloom, 1990). Les futures mères, particulièrement celles aux prises avec la schizophrénie, sont davantage susceptibles de vivre des fausses couches, des complications obstétricales, des deuils périnataux ou des avortements (Coverdale, McCollough, Chervenak, Bayer et Weeks, 1997 ; Miller, 1997 ; Mowbray et al., 1995b ; Miller et al., 1990). Le déni psychotique des grossesses est fréquemment associé au fait que les futures mères ont déjà perdu la garde d'autres enfants (Mowbray et al., 1995b ; Miller, 1990). Le taux de consommation de drogues durant la grossesse est particulièrement élevé chez les femmes aux prises avec des troubles mentaux graves (Miller, 1997 ; Miller et Finnerty, 1996 ; Miller et al., 1990).

Faute d'information, la majorité des femmes choisissent de cesser leurs médicaments une fois enceintes, convaincues qu'elles protègent ainsi le fœtus (McKay, 2004 ; Miller, 1997). Près de 60 % des femmes verront leur état de santé mentale se détériorer lors de leur grossesse (Miller, 1997) et plus du tiers seront hospitalisées (Mowbray et al., 1995b ; Zemencuk et al., 1995). Les femmes plus jeunes et celles qui ne désiraient pas leur grossesse sont plus susceptibles de vivre une détérioration de leur condition (Miller, 1997 ; Miller et al., 1990). Cette détérioration entraîne des carences nutritionnelles, une négligence des soins personnels et prénataux et de hauts degrés de stress, contribuant à la complexité du suivi (Miller, 1997). Empfield (2000) encourage les cliniciens à accompagner les futures mères dans un processus de choix éclairé quant à leur traitement durant la grossesse.

disposent donc de peu d'information afin d'ajuster la pharmacopée (Nicholson et al., 1996). La période post-partum est elle aussi critique, car les taux de rechute peuvent être particulièrement élevés. Ces rechutes affectent l'établissement du lien mère-enfant (Miller, 1997 ; Zemencuk et al., 1995).

LE QUOTIDIEN DES MÈRES AUX PRISES AVEC DES TROUBLES MENTAUX

Les mères aux prises avec des troubles mentaux sentent qu'elles doivent faire leurs preuves. Cette source de stress motive certaines d'entre elles mais en décourage d'autres. Les mères se disent responsables ou blâmées pour les difficultés auxquelles sont confrontés leurs enfants, qu'elles soient normales ou qu'elles nécessitent des interventions particulières (Greaves et al., 2002 ; Nicholson et al., 2001 ; Nicholson et al., 1998a).

Les mères peuvent éprouver des difficultés à conjuguer les demandes associées à leurs multiples rôles et ressentent du stress alors qu'elles tentent d'entretenir leur foyer, de travailler, de s'ajuster aux activités et aux comportements de leurs enfants. Conjuguer ces responsabilités de mères avec les attentes et les rendez-vous auprès des différents pourvoyeurs de services constitue tout un casse-tête. Cette situation crée des tensions entre les différents rôles et suscite, chez les mères, du stress et de la culpabilité. Cependant, les parents aux prises avec des troubles mentaux tendent à interpréter leurs difficultés quotidiennes comme étant associées à leur maladie ou à leurs incapacités plutôt que de reconnaître qu'il s'agit de difficultés « normales ». Cette tendance à se

Ce besoin de couverture devient d'autant plus criant au moment des rechutes ou des détériorations de l'état clinique. Bassett et al., (1999) rapportent que c'est souvent en période de grande vulnérabilité que les mères doivent prendre des décisions cruciales pour elles et leurs enfants.

VIVRE COMME PARENT LORSQU'ON EST AUSSI VICTIME

Les personnes aux prises avec des troubles mentaux sont davantage susceptibles d'avoir été soumises à de la violence ou à de la négligence lorsqu'elles étaient enfants. Elles peuvent encore être soumises à une forme de victimisation (Oyserman et al., 1994). Le taux de prévalence fluctue selon les études entre 53 % et 97 % (Morrow, 2002 ; Mowbray et al., 2000b ; Morrow et Chappell, 1999 ; Cogan, 1998 ; Goodman, Rosenberg, Mueser et Drake, 1997). Tout comme chez les autres femmes, le risque de violence conjugale demeure plus élevé durant la grossesse ou en période post-natale. Les femmes aux prises avec des troubles mentaux sont davantage violentées durant cette période. De plus, celles qui sont aux prises avec une forme de schizophrénie sont davantage susceptibles d'avoir vécu une forme de victimisation sexuelle ou de prostitution que les femmes qui ne présentent pas de troubles mentaux (Morrow, 2002 ; Joseph et al., 1999 ; Miller, 1997 ; Miller et Finnerty, 1996 ; Mowbray et al., 2000a ; Cournos et al., 1994). Paradoxalement, un historique d'abus sexuel ou physique est rarement investigué chez les femmes qui reçoivent des services de santé mentale. Par conséquent, elles ne reçoivent pas les services leur permettant de se remettre des traumatismes qu'elles ont vécus et d'en limiter les interférences dans leur rôle de parent (Nicholson et al., 2001).

parentales. Les mères peuvent avoir besoin de soutien afin d'établir un environnement stable et sécuritaire pour leurs enfants, alors qu'elles n'en ont jamais connu. Un historique marqué par l'abus sexuel peut affecter leur capacité à revendiquer des services pour elles et leurs enfants. Contrairement à ce qui prévaut dans la littérature, Nicholson et al. (2001) argumentent que le fait d'avoir été abusé comme enfant ne conduit pas nécessairement l'adulte à devenir abusif envers les siens. Selon ces auteurs, l'expérience de l'abus peut mener certains parents à adopter un mode relationnel complètement différent. Cependant, la controverse demeure.

DES MYTHES CORIACÉS À COMBATTRE : LA MALTRAITANCE ET LA NÉGLIGENCE

Malheureusement, les préjugés véhiculés vis-à-vis des personnes aux prises avec des troubles mentaux contribuent à cette impression que les mères seront abusives ou négligentes (Greaves et al., 2002 ; Morrow et Chappell, 1999 ; Nicholson et al., 1998a). Alors que subsiste une prévalence plus élevée de certains troubles mentaux chez les parents abusifs, il n'existe pas de données probantes sur le taux de négligence ou d'abus des parents qui présentent des troubles mentaux (Nicholson et al., 2001 ; Nicholson et Blanch, 1994). Les facteurs de risque qui sont le plus souvent invoqués, en regard de l'enfant, sont des compétences parentales limitées, des modes de communication inefficaces ou un environnement familial chaotique (White et al., 1995).

Les outils utilisés afin de mesurer les risques de maltraitance se limitent à peu de choses : des tests projectifs, des tests de personnalité ou d'intelligence. Ces tests

sont peu soutenus par les observations empiriques des comportements parentaux. Les capacités parentales sont davantage corrélées avec les attentes qu'a un parent envers son enfant, des traumatismes ou de la maltraitance dans l'enfance chez le parent, les stressors parentaux et les réseaux de soutien sociaux (Mullnick, Miller et Jacobsen, 2001). Selon ces mêmes auteurs, la sévérité des symptômes, l'acceptation du traitement et une réponse positive au traitement peuvent fortement influencer sur les compétences parentales. Nicholson et al. (1996) soulignent néanmoins la nécessité de se doter de meilleurs outils de dépistage et d'évaluation afin de réduire les risques de maltraitance ou de négligence pour les enfants de parents présentant des troubles mentaux.

L'autocritique de la mère serait peut-être un facteur de protection atténuant le risque de maltraitance. Mullick et al. (2001) indiquent qu'une meilleure autocritique semble être associée à des comportements où la mère démontre sa sensibilité aux besoins de son enfant et à de faibles risques de maltraitance. Par ailleurs, l'autocritique de la mère ne semble pas corrélée avec l'expérience antérieure de symptômes psychotiques, le diagnostic psychiatrique de la mère ou son niveau de scolarisation. Cependant, parce que la maltraitance d'un enfant est un phénomène complexe, le degré d'autocritique de la mère ne peut être considéré comme une mesure suffisante du risque (Mullnick et al., 2001).

ET LES PÈRES ?

En 1972, Lacoursière soulevait que la question de la paternité et des troubles mentaux demeurerait méconnue : force est de constater que trente ans plus tard, les choses n'ont pas tellement changé. Peu de recherches portent sur la façon dont un problème de santé mentale chez le père peut influencer le développement de ses enfants (Nicholson, Nason, Calabresi et Yandop, 1999). Les troubles de comportement chez les enfants semblent être associés autant à un problème de santé mentale chez le père que chez la mère ; par contre, les difficultés affectives semblent davantage associées à la psychopathologie de la mère. Plus spécifiquement, un problème de santé mentale chez le père semble davantage associé à des troubles comportementaux chez les adolescents alors qu'un problème de santé mentale chez la mère serait davantage associé à des troubles comportementaux et émotifs chez les jeunes enfants (Leverson, 2003).

« Lorsque j'ai perdu la garde des enfants, on a arrêté de me parler. On a arrêté de me donner de l'information, de m'aider, de collaborer avec moi. Tout a changé. Si je ne posais pas la question, personne ne m'offrait de réponse. Si je ne demandais pas d'aide, je n'en recevais pas. Si je ne prenais pas d'initiative... »

Les symptômes qui découlent de ces traumatismes de même que les stratégies adaptatives développées jusqu'ici peuvent interférer avec les compétences

ne sont pas destinés à mesurer la compétence parentale, et à plus forte raison chez les personnes aux prises avec des troubles mentaux. De plus, les résultats de ces tests

Le rôle et la fonction des pères s'inscrivent au sein du système familial et exercent une influence directe et indirecte sur les enfants ; cette influence évolue avec le temps et le développement de l'enfant. La paternité, tout comme la maternité, exerce une influence sur le développement et le mieux-être des pères. Elle affecte positivement d'autres aspects de la vie des hommes, comme leur vie conjugale, leur travail ou leur engagement communautaire. Nicholson et al. (1999) constatent que les similarités entre les pères et les mères aux prises avec des troubles mentaux sont plus frappantes que leurs différences, notamment quant à leurs caractéristiques cliniques et démographiques. Par ailleurs, les pères tendent à abuser de substances dans une proportion significativement plus importante. De plus, les pères semblent moins présents dans les soins des enfants et sollicitent moins d'aide au sein des services sociaux. Cependant, ces derniers auteurs revendiquent pour les pères un accès à des services cliniques qui tiennent compte de leur rôle et des services de réadaptation où ils pourront consolider leurs compétences tout en participant à des groupes de soutien.

8

LE RÉSEAU DE SOUTIEN DES PARENTS AUX PRISES AVEC DES TROUBLES MENTAUX

Mowbray et al. (2001) constatent que près du tiers des femmes vivent avec leur conjoint et leurs enfants et qu'environ une femme sur sept vivait avec des membres de sa famille étendue et leurs enfants. Cependant, les parents aux prises avec des troubles mentaux sont plus susceptibles de vivre sans conjoint (Greaves et al., 2002 ; Mowbray et al., 2000a ; 2000b ; Nicholson et al., 1998b ; Miller, 1997 ; Miller et Finnerty, 1996). De plus, lorsque les femmes développent des relations de couple, celles-ci sont plus instables que celles des femmes qui ne présentent pas de troubles mentaux (National Mental Health Association, 2003). Ceci s'avère particulièrement vrai pour les femmes souffrant de schizophrénie (Joseph et al., 1999 ; Miller, Finnerty, 1996 ; Cournos et al., 1994). Certaines mères allèguent que le père de leurs enfants constitue une des plus grandes sources de stress dans leur quotidien (Mowbray et al., 2000a ; Nicholson et al., 1998b). Même si certaines peuvent compter sur le père dans l'éducation des enfants ou dans des situations d'urgence, plusieurs mères rapportent que leur conjoint ou le père mine activement ou passivement leurs efforts de s'ajuster au rôle de parent (Nicholson

et al., 1998b). Fréquemment, ces conjoints manifestent des comportements abusifs envers la mère ou les enfants, présentent une toxicomanie ou un problème de santé mentale (Nicholson et al., 1998a). Rares sont celles qui reçoivent une pension alimentaire (Mowbray et al., 2000a). Le fait d'élever des enfants dans un contexte de monoparentalité peut s'avérer stressant, mais la venue d'un conjoint ne semble pas toujours être un facteur positif (Ackerson, 2003 ; Nicholson et al., 2001).

Le rôle de parent est fortement influencé par les attitudes et les comportements du réseau social. Lorsque les proches ne comprennent pas ce qu'est la maladie mentale, ils tendent à manifester hostilité et colère face à la mère et à la blâmer lorsque surgissent des difficultés. Le sentiment d'inadéquation peut être renforcé par la famille, exacerbant les symptômes dépressifs (Nicholson et al., 1998b).

Le soutien émanant de la famille immédiate peut être perçu comme une ressource mais aussi comme une source de stress (Ackerson, 2003 ; Nicholson et al., 2001 ; Mowbray et al., 2000a ; Zemencuk et al., 1995). Certes, les relations avec les membres de la famille constituent une source importante de soutien social et permettent d'atténuer les effets du stress (Ackerson, 2003). Par exemple, Ritsher, Coursey et Farrell (1997) indiquent que 55 % des femmes qu'ils ont interrogées perçoivent qu'au moins un membre de

Plusieurs mères s'appuient plutôt sur leurs amis pour offrir les soins nécessaires à leurs enfants (Hearle, Plant, Jenner, Barkla, et McGrath, 1999 ; Nicholson et al., 1998b). Enfin, les manières d'assumer les responsabilités familiales et le degré de soutien offert par les proches fluctuent selon l'appartenance ethnique et culturelle des personnes aux prises avec des troubles mentaux (Nicholson et al., 1998b ; White et al., 1995). Une sensibilité interculturelle est donc de mise chez l'intervenant qui évalue cette question. Enfin, compte tenu de l'état actuel des connaissances, on ne peut conclure que de meilleurs réseaux de soutien aident les mères à maintenir la garde de leurs enfants, ni si le fait d'assumer la garde de ses enfants constitue une bonne occasion de développer et de consolider son réseau social (Nicholson et al., 2001). Ackerson (2003) souligne que le soutien le plus critique aux yeux des parents demeure la présence d'une personne qui saura prendre la relève auprès des enfants en temps de crise.

Non seulement le fait d'être parent est négligé au sein des services de santé mentale, mais fort peu de ressources se préoccupent d'appuyer les proches qui mettent l'épaule à la roue. Une étude sur les services offerts aux personnes souffrant de schizophrénie a démontré que 30 % des personnes ayant des contacts avec des membres de leur famille rapportent que leurs proches ont reçu de l'information,

« Des amis ont commencé à m'éviter et interdisent à leurs enfants de côtoyer les miens. »

leur famille les soutient. Six femmes sur dix croient qu'elles sont pleinement acceptées par les leurs. Les grands-parents maternels sont souvent très présents auprès de leurs petits-enfants, ou particulièrement au moment d'une détérioration clinique. Cependant, les mères se sentent dépouillées de leur pouvoir d'agir lorsque les grands-parents ou d'autres proches prennent des décisions dans le meilleur intérêt de leurs enfants sans les consulter. De plus, aux yeux de la mère, les grands-parents ont peut-être été des parents dysfonctionnels, ce qui peut accroître le sentiment de méfiance de la mère vis-à-vis des soins prodigués à ses enfants. Une certaine compétitivité peut s'installer entre la grand-mère et la mère, alors que toutes deux cherchent à démontrer qu'elle sont « une meilleure mère » (Nicholson et al., 1998b).

des conseils ou du soutien face à leur maladie. Cependant, seulement 8 % indiquent que leurs proches ont pu participer à un groupe psychoéducatif ou à des activités de soutien (Dixon et al., 1999).

Même si la vaste majorité des femmes évaluent les services de santé mentale comme « un peu aidants », moins de la moitié d'entre elles identifient un intervenant dans leur réseau de soutien et moins de 20 % considèrent qu'un intervenant les soutient dans leur rôle de mère, indiquent Mowbray et al. (2000a). Dans une étude subséquente, Mowbray et al. (2001) rapportent que 43 % des mères ont répondu ne recevoir aucun ou très peu de soutien dans leur rôle de parent au sein des services de santé mentale. La plupart mentionnaient vouloir exercer davantage de contrôle sur leur traitement et développer

leurs compétences parentales. Autant ici qu'aux États-Unis, les services concernant la protection de la jeunesse et le développement des compétences parentales se situent à l'extérieur des services de santé mentale. Cependant, les intervenants issus du milieu de l'aide à l'enfance sont perçus fort négativement par les mères (Mowbray et al., 2000a ; Nicholson et al., 1998a). Cette situation semble liée à la capacité des intervenants à retirer un enfant de son milieu ou à mettre un terme à la garde.

LA PERTE DE LA GARDE

Les mères aux prises avec des troubles mentaux vivent dans la hantise de perdre la garde de leurs enfants au profit du père, d'un autre membre de la famille ou d'une famille d'accueil (Judas, 2004 ; Ackerson, 2003 ; Morrow et Chappell, 1999 ; Bassett et al., 1999 ; Nicholson et al., 1998a ; Hearle et al., 1999). Malheureusement, cette impression s'avère justifiée. En effet, la littérature suggère que les parents aux prises avec des troubles mentaux sont très à risque de perdre la garde de leurs enfants. Aux États-Unis, la perte de la garde des enfants touche près de 70 % à 80 % des parents aux prises avec des troubles mentaux (National Mental Health Association, 2003 ; Brunette et Dean, 2002 ; Chernomas, Clarke, et Chilsom, 2000 ; Mowbray et al., 2000b ; Joseph et al., 1999 ; Mowbray et al., 1995b). Les décisions juridiques reposent parfois sur des préjugés sociaux plutôt que sur des évaluations éclairées ou un avis d'expert (Cogan, 1998 ; Stefan, 1988). Dans certains États, la seule mention d'un diagnostic psychiatrique est suffisante pour justifier le retrait de l'enfant (Ackerson, 2003 ; Burton, 1990 ; Stefan, 1988). Cette situation ne diffère pas au Canada (Judas, 2004 ; Greaves et al., 2002 ; Morrow et Chappell, 1999) ou en Angleterre (Read et Baker, 1996). La façon avec laquelle un parent aux prises avec des troubles mentaux s'acquitte de son rôle est scrutée de façon si intensive que des comportements « normaux » tendent à revêtir une couleur « pathologique » aux yeux des différents intervenants (Morrow, 2004 ; Greaves et al., 2002).

Les femmes aux prises avec des troubles de l'humeur semblent maintenir davantage la garde légale de leurs enfants que les femmes aux prises avec des troubles psychotiques dont la schizophrénie (Miller, 1997 ; Miller et Finnerty, 1996 ; White et al., 1995). Les enjeux liés à la séparation et à la perte de la garde trouvent peu de réponse au sein des services

cliniques (Nicholson et al., 1996). Aux États-Unis, aucune politique ne régit les contacts entre la mère et son enfant, notamment les droits de visite au moment d'une hospitalisation psychiatrique. En fait, ce type de démarches est plutôt découragé (Nicholson et al., 1993). La situation semble être la même en Angleterre (Ramchandani et Stein, 2003).

« J'étais si déchirée lorsque vous m'avez enlevé mes enfants... Si j'avais mes enfants, j'essaierais tellement plus. Je n'ai pas pu investir toute mon âme dans le traitement parce que j'étais toujours si inquiète pour eux. »

Joseph et al. (1999) rapportent que même si 21 % des mères interrogées avaient la garde légale de leurs enfants, seulement 12 % assumaient la responsabilité de leur éducation. Moins du quart rapportaient avoir eu des contacts avec leurs enfants lors de la dernière semaine. En effet, maintenir des liens avec les enfants lorsqu'ils vivent chez un proche ou dans une famille d'accueil est douloureux. Nicholson et al. (1998b) soulignent que les parents sont confrontés aux conflits de loyauté que vivent leurs enfants et ils assument difficilement le fait qu'une autre personne puisse s'appeler « maman » ou « papa ». Les enfants peuvent aussi exprimer de la colère face à leur placement. Chaque visite peut cruellement rappeler la perte et ranimer le processus de deuil chez les enfants et les parents (Leathers, 2002 ; Nicholson et al., 1998a ; 1998b). Enfin, les mères considèrent que les milieux d'accueil sont parfois inappropriés, particulièrement lorsque les placements sont nombreux (Greaves et al., 2002).

Une pratique inclusive, c'est-à-dire la collaboration active des parents au moment du placement des enfants, est associée à de plus fréquentes et à de plus grandes possibilités de réunification avec les parents naturels (Leathers, 2002). Cette auteure indique que les pratiques inclusives sont aussi associées à certains facteurs : une intégration plus harmonieuse, moins d'enjeux liés à l'attachement ou à la séparation, moins de placements répétés. Le meilleur facteur prédictif de la réunification des familles demeure la fréquence des visites, peu importe qu'il y ait des enjeux de toxicomanie ou des problèmes

de santé mentale. Cette variable opère le plus lorsque les visites s'effectuent dans le milieu de vie de la mère plutôt qu'au sein de la famille d'accueil ou dans des milieux « neutres » comme les centres commerciaux, les cafés, etc.

Néanmoins, la majorité des mères spécifient qu'elles espèrent de l'aide pour regagner la garde de leurs enfants et

apprendre à devenir une meilleure mère (Joseph et al., 1999 ; Sands, 1995). Cependant, les chances de reprendre rapidement une garde perdue sont minces (Judas, 2004). Les séparations compromettent le processus de rétablissement, particulièrement si les enfants ont été confiés à des grands-parents ou à des proches qui ont manifesté de l'abus envers les parents (Nicholson et al., 1998b). Près de la moitié des mères décrivent un besoin d'aide en ce qui concerne la tristesse ressentie au moment de la perte de leurs enfants, peu importe que ces derniers soient mineurs ou adultes (Greaves et al., 2002 ; Joseph et al., 1999). La perte de la garde peut miner la motivation du parent à prendre soin de lui ou à se rétablir. Elle peut contribuer à une décompensation (Greaves et al., 2002 ; Nicholson et al., 2001 ; Nicholson et al., 1998a). Les parents témoignent que la douleur engendrée par la perte de la garde ne s'éteint jamais lorsque leurs droits parentaux sont irrémédiablement révoqués. Cette perte prend parfois une intensité traumatique (Nicholson, et al., 1998a ; Miller, 1997 ; Sands, 1995 ; Apfel et Handel, 1993). La mise en place de services de soutien et de thérapie pour épauler les parents ainsi endeuillés demeure impérative (Morrow, 2004 ; Cogan, 1998 ; Apfel et Handel, 1993).

LES PRÉOCCUPATIONS DES PARENTS SUR LE DEVENIR DE LEURS ENFANTS

Read et Baker (1996) ont mené un sondage auprès de personnes aux prises avec des troubles mentaux. Le quart d'entre eux affirment que leurs enfants ont été agacés ou harcelés en public ou qu'ils craignent que cette situation se produise.

Plusieurs enfants dont les parents sont atteints de troubles mentaux ne connaîtront pas de problèmes de santé mentale (Beardslee et Poderofsky, 1988). Néanmoins, les parents se préoccupent de l'impact de leur maladie sur leurs enfants et peuvent interpréter des comportements normaux de celui-ci comme étant un signe précurseur de maladie (Bassett et al., 1999 ; Nicholson et al., 1998a). Si certains parents tendent à surestimer l'ampleur des difficultés que vivent leurs enfants, d'autres sous-estiment grandement leur détresse (Singer, Tang et Berelowitz, 2000). Si les parents ont connu une enfance difficile ou traumatique, ils peuvent adopter des attentes irréalistes face au développement et aux comportements normaux d'un enfant ou, encore, ignorer comment stimuler l'enfant par le jeu. Par conséquent, les parents bénéficient non seulement de psychoéducation sur leur maladie mais aussi d'information sur le développement normal de l'enfant.

De plus, les parents aux prises avec des troubles mentaux désirent s'informer sur la manière d'amorcer une discussion avec leurs enfants à propos de leur problème de santé ou de leur traitement (Nicholson et al., 1998a). Néanmoins, ces enfants risquent de développer un problème de santé mentale dans une proportion de 30 % à 50 % selon les études, des probabilités nettement plus élevées que la population en général, dont les risques se situent à 20 % (Canino, Bird, Rubio-Stipec, Bravo et Algeria, 1990 ; Oyserman, Mowbray, Meares et Firminger, 2000). Les enfants courent davantage le risque d'éprouver des retards de développement et des difficultés scolaires ou sociales (Barocas, Seifer et Sameroff, 1985 ; Oyserman et al.,

besoins et aux rendez-vous de leurs enfants, au détriment de leurs propres besoins de services ou de soutien (Nicholson et al., 1998a).

Nicholson et al. (2001) indiquent que les mères invitées à des forums de discussions identifient spontanément plusieurs besoins chez leurs enfants: le besoin d'être nourris, guidés, disciplinés, encouragés à exploiter leurs talents et leurs intérêts ; le besoin d'avoir des modèles positifs et des amis ; le besoin de vivre dans un environnement sécuritaire ; le besoin de vivre une vie « normale » ; le besoin de comprendre qu'ils ne peuvent être responsables de la maladie de leurs parents ou de leur rétablissement.

IMPACT D'UN TROUBLE MENTAL D'UN PARENT CHEZ LES ENFANTS

Les recherches sur les impacts des troubles mentaux chez les enfants se concentrent davantage sur les facteurs de risque et les retombées négatives que sur les facteurs de protection, les sources de résilience ou l'évaluation de programmes permettant de soutenir la résilience chez l'enfant et la cohésion de la famille (Ackerson, 2003 ; Nicholson et al., 2001 ; Bassett et al., 1999). Peu d'attention est dévolue à connaître l'expérience subjective de ces enfants ou à identifier les ressources utiles qui permettent à l'enfant de mieux transiger avec cette expérience (Nicholson et al., 2001). Les sources d'information à ce sujet se limitent aux témoignages de parents ou d'enfants devenus adultes. De plus, Nicholson (2003a ; 2003b) insiste sur le fait que ces témoignages reflètent un contexte relevant d'un passé où les préjugés sociaux envers les troubles mentaux prévalaient

d'apprécier l'impact des variations culturelles et ethniques et en limite la généralisation (Nicholson, 2003a ; 2003b ; Oyserman et al., 2000).

Deux décennies de recherches révèlent sans équivoque que les enfants dont un parent présente un trouble mental sont davantage à risque de développer de multiples problèmes psychosociaux (Mowbray, Oyserman, Bybee et MacFarlane, 2002 ; Mowbray et al., 2001 ; Fredman et Fuggle, 2000 ; Mowbray et al., 2000b ; Oyserman et al., 2000 ; Singer et al., 2000 ; Beardslee et al., 1996a ; Canino et al., 1990). Néanmoins, autant sinon plus d'enfants issus de familles où un parent vit un problème de santé mentale démontrent de la résilience. Ils semblent éviter des problèmes significatifs (Nicholson, 2003a ; 2003b ; Nicholson et Biebel, 2002 ; Beardslee et Poderofsky, 1988). Cette résilience semble s'appuyer sur des liens significatifs et intimes, dont plusieurs avec les parents, et sur l'investissement dans des projets scolaires ou professionnels et des activités parascolaires. Mais leur caractéristique principale demeure leur capacité à distinguer leur expérience de celle de leur parent, leur capacité à éprouver de l'empathie sans sombrer dans la sympathie, leur propension vers l'action et la résolution de problème. Pourtant, ces mêmes enfants résilients (devenus adultes au moment de l'étude) témoignent de l'isolement, du contexte de pauvreté, des pertes multiples et des tentatives de leur parent de ne pas leur démontrer leur détresse (Beardslee et Podorefsky, 1988).

Néanmoins, une littérature abondante fait état d'une incidence familiale et génétique de plusieurs troubles mentaux, ce qui augmente les possibilités pour l'enfant de développer des problèmes de santé mentale similaires (Biederman, Faraone, Hirshfield-Becker, Friedman, Robin, et Rosenbaum, 2001 ; Kendler et Diehl, 1993 ; Nicholson et al., 2001 ; Todd et al., 1996 ; Tienari, Wynne, Moring et Lahti, 1994 ; Warner, Mufson et Weissman, 1995). Une attention de plus en plus importante est accordée au fait que les enfants de parents présentant un trouble mental sont de constitution plus fragile dès la naissance (Nicholson et al., 2001).

La relation entre le diagnostic psychiatrique du parent et ses retombées chez l'enfant demeure nébuleuse (Nicholson et al., 2001). Les données scientifiques semblent indiquer que la sévérité des symptômes, la portée invalidante de la maladie

« Ma mère a tenté de se suicider lorsque j'étais plus jeune. Je me suis senti comme si je n'étais pas assez bon pour qu'elle reste et prenne soin de moi. Toutes ces pensées m'ont habité : Est-ce que c'est parce que je n'ai pas fait ceci ? Ou parce que j'ai fait cela ? »

2000 ; Sameroff et Seifer, 1983). Dans ce contexte, ces enfants doivent également rencontrer régulièrement des intervenants ou entreprendre un traitement. Les parents doivent non seulement gérer leur plan de traitement, mais aussi celui de leurs enfants. Faute de ressources financières, d'énergie ou de temps, les parents tendent à donner priorité aux

de manière plus puissante et où les services de traitement et de réadaptation ne connaissent pas les mêmes succès. Enfin, l'état actuel des connaissances est limité parce que les recherches se sont surtout concentrées sur les mères blanches, de classe moyenne, aux prises avec un trouble affectif. Par conséquent, l'état des connaissances ne permet pas

et le pauvre fonctionnement psychosocial sont de meilleures variables prédictives que le diagnostic psychiatrique (National Mental Health Association, 2003 ; Bybee, Mowbray, Oyserman et Lewandowski, 2003 ; Mowbray et al., 2002 ; Nicholson et al., 2001 ; Sameroff et Seifer, 1983 ; Warner et al., 1995). Pour sa part, un meilleur fonctionnement psychosocial serait associé à un meilleur niveau de scolarité, un historique d'emploi plus exhaustif, une mère et des enfants plus âgés, un réseau de soutien plus efficace, ainsi qu'à un recours aux services de santé mentale (Bybee et al., 2003). Beardslee et al. (1996a) soulèvent qu'une constellation de facteurs de risques, associée à l'existence d'un trouble mental, constitue un meilleur indicateur prédictif en ce qui concerne la santé mentale de l'enfant. Dans la même veine, Oyserman, Bybee et Mowbray (2002) suggèrent que les symptômes et le style parental avaient un effet conjugué sur la santé mentale des adolescents.

Silverman (1989) souligne que l'environnement dans lequel évolue l'enfant joue un rôle aussi ou sinon plus important que les facteurs biologiques sur leur développement et leur santé affective. Goodman et Brumley (1990) vont même jusqu'à affirmer que l'influence du style parental prédomine sur l'influence du diagnostic en ce qui concerne le fonctionnement social et cognitif de l'enfant. La recherche concernant les compétences parentales des mères aux prises avec des troubles mentaux fait état d'une gamme de difficultés qui varient selon les diagnostics (Mowbray et al., 2002 ; Nicholson et al., 2001). Ces déficits chez les parents semblent associés à des enjeux d'attachement (Radke-Yarrow et al., 1995) et à des retards de développement en ce qui a trait au langage, à l'attention et aux compétences sociales des tout jeunes enfants (Goodman et Brumley, 1990). Riordan, Appleby et Fallagher (1999) plaident que ces conséquences justifient à elles seules l'importance de mettre en place des programmes de développement des compétences parentales adaptés aux besoins de cette clientèle. Par ailleurs, Mowbray et al. (2000a) soulignent l'existence d'une relation entre les compétences parentales et le sentiment d'efficacité personnelle comme parent. Néanmoins, les mêmes auteurs rappellent que les compétences parentales sont affectées par le contexte où évolue le parent, notamment les stressseurs quotidiens et financiers et de même que le niveau de soutien social.

Cette dernière remarque soulève le besoin de conjuguer les programmes de développement des compétences parentales à des mesures susceptibles d'influer sur les déterminants sociaux.

La liste des retombées négatives telle que décrite au sein d'études rétrospectives par des enfants devenus adultes est exhaustive : colère, isolement, honte, peur, tristesse, chaos, deuil, négligence, impuissance, frustration, confusion, trouble identitaire, pauvre estime de soi, méfiance et difficulté d'engagement. Cependant, ces mêmes adultes décrivent également des conséquences positives, reflétant le développement d'une résilience face à l'adversité : les répondants soulignent que leur expérience leur a permis de retirer de la force, de l'empathie, de la compassion, de la tolérance, de la compréhension, des attitudes et des priorités qui favorisent la santé et le mieux-être, ainsi qu'un regard positif sur la vie (Marsh, Appleby, Dickens, Owens et Young, 1993). Récemment, Riebschleger (2004) a sondé l'expérience d'enfants mineurs sur leur quotidien ; ceux-ci témoignent des jours difficiles, mais aussi des jours heureux auprès de leurs parents. Plusieurs des témoignages recueillis corroborent ceux des enfants devenus adultes (Marsh et al., 1993)

Parmi les situations les plus marquantes, ces adultes rapportent que la maladie mentale était un tabou dont nul ne pouvait discuter, limitant les chances d'éducation en regard du problème de santé auquel était confronté leur parent. Les « disparitions » inexplicables (les hospitalisations) étaient longues et mystérieuses tandis que les traitements n'étaient pas toujours efficaces (Marsh et al., 1993). Les enfants et leurs parents doivent développer un sens et une cohérence à propos de ces ruptures : Fredman et Frugge (2000) insistent sur la nécessité d'outiller les parents, de discuter de la manière dont peut être abordé ce sujet, délicat.

Parmi les variables qui peuvent moduler la relation entre le trouble mental du parent et les retombées chez l'enfant, quelques auteurs (Goodman et Gotlib, 1999 ; Weintraub, 1987) soulignent l'importance de la qualité relationnelle avec le conjoint. Si les relations difficiles sont associées à des retombées négatives (Downey et Coyne, 1990 ; Warner et al., 1995), le soutien du conjoint constitue une variable protectrice pour l'enfant (Oyserman et al., 2000 ; Nicholson et al., 2001 ; Tannenbaum et Forehand, 1994).

Par ailleurs, les problèmes conjugaux et les ruptures sont plus fréquentes chez les familles au sein desquelles un parent souffre d'un trouble mental : cette situation affecte à la fois l'enfant et le parent (Downey et Coyne, 1990 ; Fendrich, Warner et Weissman, 1990 ; Weintraub, 1987). L'impact de la discorde conjugale serait plus important que celui du diagnostic (Nicholson et al., 2001 ; Beardslee et Podorefsky, 1988). En résumé, les variables qui affectent davantage les retombées chez l'enfant sont les facteurs héréditaires et biologiques, les caractéristiques de la maladie du parent et les facteurs environnementaux comme les modes de réponse parentale, les relations conjugales des parents et le fonctionnement familial (Nicholson et al., 2001 ; Sands, 1995 ; Rogosh et al., 1992).

Il n'est pas rare d'observer les enfants assumer hâtivement un rôle de pourvoyeur de soins envers leur parent ou leur fratrie. Plusieurs auteurs rapportent que les enfants assument très tôt l'entretien ménager, la gestion financière, la supervision des plus jeunes, un rôle de modérateur dans les conflits, la recherche de services pour le parent. Ils vont même jusqu'à assumer une part du traitement (Grypa, 2004 ; Opacich et Savage, 2004 ; Beardslee et Podorefsky, 1988). Néanmoins, Fredman et Frugge (2000) constatent que les enfants demeurent exclus de la planification des interventions dédiées à leurs parents. Cette « parentification » de l'enfant conduit celui-ci à croire qu'il est mûr et responsable des siens : cette situation entraîne des luttes de pouvoir, une attitude autoritaire et peu populaire auprès des autres enfants ou un fardeau trop élevé (Van Volkingburgh, 2004).

Plusieurs facteurs viennent moduler positivement ou négativement l'impact de ces variables sur le devenir de l'enfant : parmi celles-ci se trouvent le degré de soutien offert par le conjoint, l'intensité des stressseurs familiaux (comme la pauvreté, la monoparentalité, l'isolement social), les caractéristiques individuelles de l'enfant (comme le tempérament, l'intelligence, les habiletés sociales et les processus cognitifs), les modalités thérapeutiques et les mesures de soutien en place (Nicholson et al., 2001). Ces variables s'avèrent particulièrement pertinentes en réadaptation psychosociale puisqu'elles indiquent des avenues d'intervention possibles. Des facteurs sociopolitiques comme le climat politique, les préjugés et le financement des

programmes sociosanitaires exercent également une influence sur les effets de la maladie du parent sur l'enfant et sur son développement (Nicholson et al., 2001).

LES MÈRES ET LEURS ENFANTS SANS ABRI : DE MOINS EN MOINS UN PHÉNOMÈNE D'EXCEPTION

Dans la dernière décennie, les femmes accompagnées de leurs enfants ont constitué le sous-groupe en plus forte croissance au sein des personnes sans abri. La proportion des familles (plus souvent monoparentales) comptait pour le tiers, voire la moitié de la population des sans-abri (Hoffman, et Rosenheck, 2001 ; Smith et North, 1994 ; Buckner, Bassuk et Zima, 1993 ; Thrasher et Mowbray, 1995).

Dans une étude ethnographique effectuée auprès de mères sans abri de Detroit, Thrasher et Mowbray (1995) constatent que plusieurs des femmes ont vécu de façon intermittente chez des proches ou des amies avant d'arriver dans les abris pour itinérants. Plusieurs motifs psychosociaux expliquaient ce qui les avait entraînées dans cette situation, comme l'éviction, des revenus insuffisants, la violence conjugale ou des conflits familiaux (Mowbray et al., 2000 ; Thrasher et Mowbray, 1995 ; Smith et North, 1994).

Thrasher et Mowbray (1995) soulignent que la parentalité et les relations parents-enfants sont mises à rude épreuve non seulement par le stress que génère l'itinérance, mais aussi par le fait que l'autorité parentale est compromise par les règlements des gîtes destinés aux sans-abri. En effet, l'absence d'un foyer et le séjour au sein d'un gîte contribuent à une distorsion du rôle de mère, notamment

sein des gîtes temporaires, les enfants sont davantage témoins de la nervosité, de la tristesse, de l'irritabilité et des variations d'humeur de leurs mères, ce qui va à l'encontre du désir des mères interrogées. De plus, cette absence d'intimité met au grand jour les dynamiques familiales et rend plus difficile la tâche de discipliner les enfants. Les mères rapportent que les intervenants au sein des gîtes tendent à leur usurper l'autorité familiale, tout en imputant la responsabilité de la conduite des enfants aux mères. Enfin, les énergies des mères sont dévolues à la recherche d'un logement stable, ce qui affecte leur capacité d'assurer un suivi des immunisations et des rendez-vous médicaux de routine. Aucune des trois mères enceintes interrogées au sein de cette étude n'avait de suivi prénatal. En ce sens, Thrasher et Mowbray (1995) soulignent la nécessité de sensibiliser les intervenants œuvrant au sein des services pour les sans-abri, des services d'aide sociale, des services scolaires et du milieu du logement aux besoins des mères aux prises avec des troubles mentaux et à ceux de leurs enfants.

Dans une vaste étude qu'ils ont effectuée auprès de femmes sans abri aux prises avec des troubles mentaux graves, Hoffman et Rosenheck (2001) constatent que 74 % d'entre elles ont vécu des sévices sexuels, physiques ou émotionnels et que près du quart avaient été victimes d'un acte violent dans les 60 jours précédant l'entrevue. Près de la moitié de ces femmes étaient aux prises avec des troubles concomitants. Les études effectuées auprès des femmes sans abri tendent à démontrer que les femmes seules sont davantage vulnérables que celles qui ont leurs enfants à charge :

garde de leurs enfants à des proches ou à des amis pour mieux chercher un logement (Hoffman et Rosenheck, 2001 ; Zlotnick et al., 1999 ; Sands, 1995 ; Smith et North, 1994 ; Robertson, 1991) ou afin d'accéder à un gîte. En effet, rares sont les gîtes pour femmes qui permettent d'accueillir une large famille ou de jeunes adolescents. De plus, les changements répétés de milieu de vie ainsi que la vie parfois chaotique dans les abris conduisent à un fort taux d'absentéisme scolaire. Afin de ne pas davantage hypothéquer l'éducation de leurs enfants ou ne pas attirer davantage de soupçons concernant la négligence parentale, les mères se voient contraintes de placer leurs enfants d'âge scolaire. D'autres se voient retirer la garde parce que l'absence de logement est considérée comme étant de la négligence (Hoffman et Rosenheck, 2001 ; Robertson, 1991). Une fois séparées de leurs enfants, les mères voient leurs maigres prestations être réduites, amenuisant leurs possibilités de se loger décentement et de réunir la famille (Hoffman et Rosenheck, 2001).

Il existe des facteurs prédictifs d'une absence de réunification de la famille après un an : des comportements psychotiques, le fait d'avoir été victime d'un acte violent et un grand nombre de personnes excluant les professionnels au sein du réseau de soutien. L'âge de la mère, les revenus familiaux, les symptômes dépressifs ou le nombre de jours passés au sein d'un établissement de santé ou d'un centre de détention semblaient peu discriminants (Hoffman et Rosenheck, 2001). Toujours selon ces mêmes auteurs, le nombre de jours passés dans un logement, la réduction des symptômes psychotiques ou de la consommation de drogues ainsi que de meilleures relations avec des thérapeutes constituent des facteurs prédictifs d'une réunification de la famille après un an. Les mères séparées de leurs enfants sont davantage susceptibles de démontrer des problèmes de toxicomanie, des symptômes psychiatriques ou d'avoir des démêlés avec la justice que les mères qui maintiennent la garde de leurs enfants (Hoffman et Rosenheck, 2001 ; Smith et North, 1994).

CONCLUSION

La parentalité chez les personnes aux prises avec des troubles mentaux demeure un phénomène largement négligé au sein des services de santé mentale malgré l'importance que revêt ce rôle chez les principales intéressées. Les préjugés quant aux compétences parentales des parents subsistent au point

« Je ne pouvais plus les avoir. J'étais sans logis, sans revenus décents, sans emploi... Cela aurait été impossible. »

face aux possibilités limitées de jouer un rôle de pourvoyeuse et d'éducatrice. Une vaste proportion de répondantes soulignent qu'il leur est difficile d'assumer des tâches dévolues à leur rôle telles que la préparation des repas, la gestion de l'heure du coucher et du réveil ainsi que la lessive. En matière de nourriture, il devient ardu d'accommoder les enfants difficiles et d'obtenir de la nourriture pour les collations. De par l'absence d'intimité et le niveau de stress vécu au

elles sont plus âgées, reçoivent moins de revenus et manifestent plus largement des enjeux liés à la consommation de substances ou des troubles mentaux sévères (Robertson et Winkelby, 1996 ; Smith et North, 1994 ; Zlotnick, Robertson et Wright, 1999).

Pour plusieurs familles sans abri, l'absence de logement est le facteur précipitant de la séparation d'avec les enfants. Plusieurs mères cèdent volontairement la

d'aveugler les réseaux de santé : plusieurs semblent croire que d'assumer ce rôle pose trop de risques pour les enfants et n'investissent pas dans des mesures de soutien.

familial (Nicholson et al., 2001). Une évaluation sérieuse des conditions environnementales dans lesquelles évoluent les parents aux prises avec des troubles mentaux s'avère impérative (Oyserman et al.,

programmes (Hinden et al., 2002a). Les services de réadaptation devraient également évaluer les forces et les ressources dont disposent les parents, de même que le sens qu'ils accordent au rôle de parent : d'importants leviers s'y trouvent (Oyserman et al., 1994).

« Lorsque vous allez bien, personne n'est là pour vous. Mais lorsqu'ils apprennent que la moindre chose dérape, ils sont là. Ils vous le disent... Rien que du négatif, pas de positif. »

Néanmoins, les parents aux prises avec des troubles mentaux sont confrontés à des grossesses difficiles, à des ruptures, voire à des pertes de la garde, à des incidents où ils sont victimes de violence, sans nécessairement recevoir de soutien

1995. Des déterminants sociaux comme l'accès au logement, au transport, à un revenu décent, ainsi que l'efficacité du réseau social, affectent de façon significative non seulement le quotidien des familles, mais aussi les retombées des

Encore aujourd'hui, nos silences et nos manques à propos de ces besoins sont éloquentes. Nos réseaux s'attardent peu à développer des services sensibles aux besoins des parents et à ceux de leurs enfants. Ils ne reconnaissent pas que ces familles puissent mener des enfants à bon port. Sous prétexte qu'un tel but ne s'inscrit pas dans le meilleur intérêt des enfants, nous laissons ces familles et ces enfants évoluer dans des conditions parfois abjectes. La question demeure : notre collectivité agit-elle vraiment dans le meilleur intérêt des familles et des enfants ?

Les références des trois articles du présent numéro sont présentées aux pages 28 à 31.



À venir dans
le partenaire : économie sociale et entreprises sociales en santé mentale,
HIVER 2005.

Cet article trace le bilan des connaissances actuelles sur les services offerts aux parents aux prises avec des troubles mentaux et à leurs enfants. Dans un premier temps, nous évoquerons les différents enjeux qui limitent le recours des parents aux services, hormis la rareté des services pertinents. Dans un second temps, nous jetterons un regard sur les services en tant que tels et les politiques de santé mentale qui soutiennent les parents dans l'exercice de leur rôle.

BARRIÈRES QUI FREINENT LE RECOURS AUX SERVICES POUR LES PARENTS

D'abord et avant tout, les mères aux prises avec des troubles mentaux sont confrontées à des préjugés et à des stigmates importants. Non seulement craignent-elles l'impact du dévoilement de cet état de fait sur leur rôle de mère, mais elles appréhendent aussi l'isolement, les stigmates ainsi que la discrimination que pourraient vivre leurs enfants (Llewellyn et McDonnell, 2004 ; Ackerson, 2003 ; Bassett, Lampe et Lloyd, 1999 ; Nicholson et Blanch, 1994). Cette crainte de perdre la garde se traduit par une difficulté à reconnaître les problèmes potentiels et à demander une aide quelconque (National Mental Health Association, 2003 ; Ackerson, 2003 ; Greaves et al., 2002 ; Hearle, Plant, Jenner, Barkla et McGrath, 1999 ; Nicholson, Geller et Fisher, 1996 ; Nicholson, Sweeney et Geller, 1998a ; 1998b ; Sands, 1995).

Par exemple, les femmes tentent de dissimuler leur grossesse aux intervenants, afin de minimiser le risque de recevoir des commentaires négatifs ou de perdre potentiellement la garde de l'enfant à naître (Empfield, 2000 ; Nicholson et al., 1998a ; Miller, 1997). Par conséquent, les soins prénataux sont négligés. Miller, Resnick, Williams et Bloom (1990) soulignent

Hinden, Henry et Stier, 2001). Cependant, Wang et Goldschmidt (1996) rapportent que le tiers des parents interrogés affirment n'avoir jamais reçu d'aide malgré leurs demandes et que plusieurs ne savaient pas où s'adresser pour recevoir de l'aide.

Les stigmates et les préjugés en rapport avec la parentalité dans un contexte de maladie mentale conduisent fréquemment les pourvoyeurs de services à croire que leur clientèle n'est pas constituée de parents ou ne peut assumer ce rôle avec succès. Par conséquent, les buts des personnes qui désirent prendre soin de leurs enfants ou devenir de meilleurs parents ne seront ni entendus ni abordés au sein des services de santé mentale. L'attente manifeste des services de santé mentale est que la personne prenne soin d'elle plutôt que de vouloir prendre soin d'autrui (Nicholson, Geller, Fisher et Dion, 1993). Les programmes de suivi intensif dans le milieu ou de suivi communautaire traditionnels ne semblent pas considérer les besoins associés au rôle parental, bien que des adaptations puissent être intégrées facilement (McGrew, Wilson et Bond, 1996 ; Mueser, Bond, Drake et Resnick, 1999). Les stigmates associés aux troubles mentaux exercent une influence pernicieuse sur la capacité des parents à accéder aux services

d'éducation sociale afin de réduire les stigmates reliés à la parentalité chez les personnes aux prises avec des troubles mentaux s'avère incontournable (Ackerson, 2003 ; Bassett et al., 1999).

De façon plus générale, les parents aux prises avec des troubles mentaux et leurs intervenants sont interpellés par un ensemble de besoins et de défis auxquels sont confrontés tous les parents (Mowbray, Oyserman et Bybee, 2000b ; Nicholson et al., 1998a, 1998b), comme l'accès à un logement sécuritaire et abordable, à du transport, à un emploi, à un programme de formation, à de l'assistance financière et à un revenu de subsistance, à des activités familiales abordables, à des services de garde sûrs et appropriés, à des soins médicaux, à du soutien au développement des compétences parentales, à des services de répit et à de l'appui pour revendiquer des services pour eux ou leurs enfants, notamment au sein du milieu scolaire (Bybee, Mowbray, Oyserman et Lewandowski, 2003 ; Nicholson et al., 2001). Cependant, ces enjeux prennent une proportion significativement plus grande ou inquiétante pour les parents aux prises avec des troubles mentaux, leur contexte de vie s'avérant particulièrement difficile (Mowbray et al., 2000b). De plus, des difficultés fonctionnelles peuvent contribuer au fait que les parents ne restent pas toujours engagés au sein des services traditionnels de santé mentale (Bybee et al., 2003). S'ajoutent des défis particuliers comme la gestion de la médication, les hospitalisations, les relations avec les intervenants par rapport à la parentalité, les perceptions qu'ont les enfants de la maladie de leur parent, du rôle que jouent les enfants dans la gestion de la maladie et, enfin, l'information offerte aux enfants en ce qui concerne la maladie (Nicholson, 2003a ; 2003b).

Selon Nicholson (2003a ; 2003b), les études concernant les besoins des enfants à partir de la perspective des parents font état de certaines priorités : 1) un milieu de vie stable, sécuritaire ; 2) des ressources pour développer ses talents, actualiser son potentiel ; 3) des relations positives avec des pairs ; 4) des modèles positifs ; 5) des occasions de s'informer et de parler

« Rien dans ce monde n'est confidentiel, même les conversations avec votre thérapeute... Je ne peux pas m'ouvrir vraiment... Parce que mon dossier risque sans cesse d'être l'objet d'une citation à comparaître de la Cour. »

que les femmes aux prises avec une schizophrénie tendent à consulter un obstétricien durant leur troisième trimestre, mais à ne pas assister aux rencontres de suivi après la naissance de l'enfant. Incapables d'identifier des ressources de répit ou une solution de rechange viable à leurs yeux, des mères décideront peut-être de résister à une hospitalisation (Nicholson, Biebel,

thérapeutiques et à s'y investir (Nicholson et al., 2001). Ce manque de considération pour les besoins et désirs de la clientèle peut se traduire par un investissement mitigé des services, voire une attitude réfractaire quant aux interventions et aux recommandations (Mowbray, Schwartz, Bybee, Spang, Rueda-Riedle et Oyserman, 2000a ; Sands, 1995 ; Oyserman, Mowbray et Zemencuk, 1994). Un travail

de la maladie mentale ; 6) le fait d'accepter qu'ils ne peuvent « réparer » la situation ; et 7) la possibilité de se sentir « normal ».

Les besoins des mères aux prises avec des troubles mentaux peuvent s'opposer aux besoins de leurs enfants. Dans ces circonstances, les mères tendent à donner priorité aux besoins de leurs enfants aux dépens des leurs (Nicholson et al., 1998a). De plus, avoir à transiger avec les symptômes et les

tions de la maladie mentale chez le parent ; les compétences personnelles et sociales de l'enfant ; les modes de communication au sein de la famille ; la stabilité ou la réduction du chaos au sein du système familial (White et al., 1995).

Encore aujourd'hui, malgré un discours où la personne doit être au centre des interventions, les mères aux prises avec des troubles mentaux se sentent perçues

nécessité d'explorer la réalité quotidienne de ces parents afin de mieux évaluer la connaissance qu'ils ont des besoins de leur enfant et des stressés liés à la parentalité. De plus, les intervenants devraient reconnaître les forces et les ressources des parents. Les praticiens doivent informer les parents des ressources vers lesquelles ils peuvent se tourner. Ils doivent faciliter l'accès à de telles ressources et la coordonner (Nicholson et Biebel, 2002). Biebel (2003) recommande de travailler avec des familles plutôt qu'avec des individus. De plus, des fonds flexibles, non alloués, permettent plus de souplesses et des mesures de soutien plus individualisées. Le tableau 1 (voir en page 16) résume les pistes d'action que devront entreprendre les réseaux de santé mentale afin d'offrir des services plus sensibles et respectueux des besoins des parents aux prises avec des troubles mentaux (Nicholson et al., 2001).

« Tous mes enfants ont été taquinés et harcelés au sujet de leur « folle de mère ». Mon plus jeune continue de l'être. Mes difficultés à entretenir la maison et mon absence de moyens pour réaménager et décorer mon foyer sont à la source de ces abus. »

retombées de la maladie peut drainer les énergies et les ressources personnelles du parent, laissant peu d'espace pour investir dans une démarche de services, particulièrement dans un contexte où il faut revendiquer l'accès aux ressources (Nicholson et al., 2001). Par ailleurs, les mères seront plus enclines à accepter des services pour elles si elles croient que leur participation aidera aussi leurs enfants (Nicholson et al., 1998a). L'accès à des services dans la communauté demeure un enjeu de taille (Bassett et al., 1999; Nicholson et al., 1998a). Les services destinés aux parents et à leurs enfants sont morcelés, peu intégrés, souvent offerts en des lieux distincts (Nicholson et al., 2001). Enfin, les services existants peuvent être culturellement peu pertinents. Des différences significatives subsistent entre les différents groupes culturels et ethniques dans la manière de concevoir le rôle de parent, chaque perspective étant associée à des ressources et à des besoins distincts, influençant les interventions et les mesures de soutien à mettre en œuvre (Gamache, Tessler et Nicholson, 1995 ; White, Nicholson, Fisher et Geller, 1995).

EN PRÉLUDE À UNE DISCUSSION SUR LES SERVICES, LES POLITIQUES

Les services de santé tendent à être centrés sur les problèmes et les incapacités plutôt que sur la prévention ou les forces et ressources de la personne. Un changement de paradigme s'avère à cet égard nécessaire (Nicholson et al., 2001). Il est souhaitable d'améliorer ou d'influencer certains indicateurs par des approches préventives : la connaissance, par les proches, de la nature et des manifesta-

par la société – incluant les réseaux de services – comme des cas qui doivent être gérés et suivis plutôt que comme des parents. Ces mères se confrontent à des politiques et à des intervenants qui ont à cœur le « meilleur intérêt des enfants » au détriment du meilleur intérêt de la famille ou de l'interaction parent-enfant (Greaves et al., 2002). Les besoins des enfants et des parents sont souvent considérés en parallèle, à l'intérieur de politiques, de services et de programmes distincts. Greaves et al. (2002) proposent la mise en œuvre de politiques qui favorisent et soutiennent l'interaction parent-enfant. De telles politiques reposent sur l'adhésion à certaines valeurs : 1) la reconnaissance de la diversité culturelle ; 2) l'ouverture quant à une certaine part de risque ; 3) le respect et la compassion par rapport au contexte de vie ; 4) la reconnaissance et la consolidation des réseaux de soutien ; 5) la volonté d'œuvrer sur d'autres fronts comme la violence, la pauvreté ou la toxicomanie ; 6) l'espoir, l'incontournable espoir ; 7) la participation active des parents dans l'élaboration de cette politique ; 8) la prémisses que les parents seront toujours parents, qu'ils pourront exercer leur rôle auprès de leurs enfants.

Dans la même veine, Nicholson et Biebel (2002) proposent aux pourvoyeurs de services de réexaminer leurs préconceptions concernant la capacité des personnes aux prises avec des troubles mentaux à être de bons parents. Les interventions devraient s'articuler davantage autour du projet de vie que constitue la parentalité. Ces auteurs insistent également sur la

LES PILIERS DU SOUTIEN AUX PARENTS

Lees et al. (2002) insistent sur un fait : au-delà des services spécifiques de soutien à la parentalité, il faut consolider l'accès au logement sûr et abordable, à des revenus décentes, à des loisirs et à des services de garde, de répit et de transport. Ces variables influencent de façon marquée les retombées de ces différentes mesures mises en œuvre afin de soutenir les parents (Hinden, Biebel, Nicholson, Henry et Stier, 2002a). Il n'est donc pas surprenant de constater que bon nombre d'initiatives tentent également d'influencer ces variables ou entreprennent diverses actions communautaires en vue de contrer la pauvreté ou les pénuries de logements à des prix abordables.

Thrasher et Mowbray (1995) soutiennent qu'à un niveau systémique la question de développer des logements à coût abordable est un élément critique d'intervention. Cette conviction est partagée par d'autres auteurs (Hearle et al., 1999). Un autre enjeu de taille subsiste : la sécurité. Compte tenu des abus que bon nombre de femmes aux prises avec des troubles mentaux ont vécus, la vie au sein de ressources résidentielles où prédominent souvent les hommes est source d'insécurité (Morrow et Chappell, 1999). Nicholson et al. (1998a) déplorent pour leur part non seulement le manque de ressources résidentielles dédiées aux femmes, mais surtout les résidences ou les programmes de soutien au logement destinés aux familles dont l'un des parents présente un trouble mental. En ce sens, ces auteurs soulignent la nécessité de revoir les programmes existants afin de les assouplir et

d'intégrer davantage une perspective familiale, ne serait-ce qu'en prévoyant un espace pour accueillir les enfants ou pour partager un repas en famille.

ÉVALUATION DES COMPÉTENCES PARENTALES

Il n'est pas possible d'évaluer la capacité d'une mère à prendre soin de son enfant au sein d'une unité d'hospitalisation. Cependant, il est possible d'observer comment la mère se lie à son bébé et ce qu'elle retient des informations et des démonstrations qui lui sont offertes. De plus, les intervenants doivent considérer les enjeux liés au logement, à la préparation des repas, aux soins à donner et à la capacité de subvenir aux besoins (Nicholson et Blanch, 1994). Néanmoins, les meilleures pratiques en ce qui concerne l'évaluation des compétences parentales restent à être définies (Nicholson et al., 2001 ; Riordan, Appleby et Fallagher, 1999 ; Appleby et Dickens, 1993). Si la règle consiste à effectuer une évaluation psychiatrique complète, à observer les interactions entre le parent et l'enfant et à corroborer ces observations avec des proches, Appleby et Dickens (1993) indiquent que la validité prédictive d'une telle démarche n'a pas été vérifiée. La question demeure : ces pratiques courantes d'évaluation permettent-elles vraiment d'anticiper la suite des choses ?

Néanmoins, Mowbray et al. (2000b) recommandent de porter attention à l'attachement que développe l'enfant, les habiletés sociales et les signes et symptômes précoces qu'il manifeste. En contrepartie, les intervenants doivent évaluer le niveau de stress parental, les attitudes et sentiments des parents à propos de leur rôle et le style parental. Les évaluations devraient considérer les antécédents de violence des parents, l'historique des séparations s'il y a lieu, le réseau de soutien, le milieu de vie et les sources de stress.

Pour leur part, Nicholson et al. (1996) conseillent aux cliniciens d'inclure dans leur collecte de données initiale des questions sur le statut parental, les décisions concernant la garde ou le droit de visite, et de considérer les besoins de la famille dans l'élaboration du plan d'intervention. Ces auteurs affirment que la compétence parentale chez les personnes aux prises avec des troubles mentaux repose sur des facteurs bien précis : le niveau de fonctionnement (qui est influencé à son tour par des facteurs tels que l'âge ou le niveau de scolarité), les symptômes manifestes ou résiduels, de même que les réseaux de

soutien informel (famille et amis) et formel (services de santé et services sociaux).

Rogosh, Mowbray et Rogat (1992) tendent à démentir cette hypothèse et proposent plutôt que les attitudes parentales soient modulées par la fréquence des rechutes, le soutien émotif et l'estime de soi du parent (les deux premières variables affectant également la troisième). De plus, les séparations qu'aurait vécues le parent dans son enfance, une relation significative et proche avec un adulte et l'absence de discipline durant cette même période viennent à leur tour influencer l'estime de soi, le niveau de soutien émotif et les attitudes parentales. Selon Jacobson et Miller (1999), les modèles parentaux auxquels la mère a été exposée durant son enfance, son âge, le nombre d'enfants, ses relations avec son conjoint, les ressources financières dont elle dispose, le soutien social dévolu à son rôle de parent, son degré d'autocritique et sa réponse au traitement constituent les facteurs plus susceptibles d'influer sur l'exercice du rôle parental chez les femmes aux prises avec des troubles mentaux graves.

Beardslee, Bemporad, Keller et Klerman (1983) soulignent que le diagnostic est un facteur prédictif moins pertinent que l'évolution et la durée de la maladie, le degré d'incapacité de la mère, l'âge de l'enfant au moment de son premier contact avec la maladie, les modes de communication au sein de la famille, le rôle compensateur du conjoint ou d'un membre de la famille et les traits caractéristiques de l'enfant. Pour leur part, Brunette et Dean (2002) recommandent que l'évaluation se fasse en communauté, afin de mieux observer la routine, apprécier les réseaux de soutien et évaluer les interactions avec les enfants. L'évaluation *in vivo* permettra de mieux apprécier les problèmes dans leur contexte et d'influencer celui-ci.

DÉVELOPPER LES COMPÉTENCES PARENTALES

Devenir parent est quelque chose qui s'apprend, et cet apprentissage dépend en partie des opportunités qui existent au sein du milieu où évolue l'individu (Llewellyn et McConnell, 2004). Les groupes de développement des compétences ont été au départ conçus pour desservir la population générale afin d'augmenter les compétences parentales, d'améliorer la santé mentale des parents et de soutenir le développement social et affectif des enfants. Les approches de développement des compétences parentales

TABLEAU 1 : pistes d'action pour les réseaux de services en santé mentale

Ce que doivent accomplir les réseaux de services en santé mentale

1. Identifier les adultes aux prises avec des troubles mentaux qui sont parents.
2. Reconnaître les forces et les ressources des parents.
3. Combattre les stigmates, les préjugés et la discrimination.
4. Prendre part aux enjeux d'adoption, de garde et de droits de visite.
5. Offrir du soutien adapté aux enfants de parents aux prises avec des troubles mentaux.
6. Sensibiliser les intervenants aux besoins et enjeux auxquels se confrontent les parents aux prises avec des troubles mentaux et leur famille.
7. Offrir des groupes d'entraide pour les parents.
8. Donner la priorité à la question de la parentalité au sein des politiques sociales et des services de santé.
9. Coordonner et intégrer les services aux parents.

Tiré de Nicholson et al. (2001)

reposent sur des techniques de réadaptation psychosociale et de gestion du stress, sur des modalités de soutien par les pairs et l'entraide, de même que sur des ateliers de jeux (Lees et al., 2002). De tels programmes permettent l'apprentissage de comportements parentaux constructifs, notamment à propos de l'attention, de l'affection et de l'établissement des limites (Patterson, Mockford, Barlow, Pyper et Stewart-Brown, 2002a ; Patterson, Barlow, Mockford, Klimes, Pyper, Stewart-Brown, 2002b). Ce type de programme entraîne des effets à court terme sur certains troubles de la conduite chez l'enfant et permet d'améliorer le fonctionnement social des parents (Patterson et al., 2002b). Ces mêmes auteurs indiquent que les programmes de développement des compétences parentales constituent une piste pertinente d'intervention pour la conduite de campagnes de prévention primaire des troubles de comportements chez l'enfant ou la promotion de la santé mentale.

Cependant, ces groupes dirigés vers une population générale intègrent moins

efficacement les personnes marginalisées, issues de groupes socioéconomiques faibles ou présentant des troubles mentaux. En fait, la présence d'un problème de santé mentale est invoquée comme étant une des causes de l'abandon du groupe (Patterson et al., 2002b). Les parents aux prises avec des troubles mentaux perçoivent les programmes traditionnels de développement des compétences parentales comme étant peu pertinents, inappropriés et insuffisants (Mowbray et al., 2000a ; Nicholson et al., 1996). Les enjeux liés aux impacts des déficits affectifs, cognitifs ou sociaux sur les compétences parentales ne peuvent y être abordés (Nicholson et al., 2001).

Il s'avère nécessaire de mettre en œuvre, de façon plus large, des programmes de développement des compétences parentales pour les mères aux prises avec des troubles mentaux, en fonction de leurs besoins (Miller, 1997). Il existe des programmes adaptés permettant de développer et de soutenir les compétences parentales auprès de cette population particulière, mais ils sont marginaux (Nicholson et al., 1996). De telles initiatives permettraient non seulement de développer les compétences des parents aux prises avec des troubles mentaux mais également de consolider des réseaux de soutien, de soulager le fardeau familial, de limiter les ruptures ou leur durée, de prévenir des problèmes de santé mentale chez l'enfant et, ultimement, de réduire les coûts émotionnels et sociaux (Bassett et al., 1999 ; Nicholson et al., 1996). Il est du meilleur intérêt des parents comme des enfants que les réseaux de santé mentale investissent dans ce type de services. Du même souffle, Bassett et al., (1999) ajoutent que les réseaux de santé mentale doivent prendre davantage conscience de l'existence des enfants dans la dispensation des services.

De plus, on devrait déployer un effort particulier pour soutenir l'autogestion des symptômes, l'identification des signes précurseurs d'une rechute et le développement d'un plan d'intervention précoce permettant de limiter la portée des rechutes, mais aussi de prévoir des mesures de garde transitoires ou des mesures de répit (Nicholson et al., 1996). Une attention particulière doit être déployée pour développer les habiletés et les mesures de soutien qui permettent au parent d'éduquer son enfant et de compenser pour les déficits liés à la maladie (Nicholson et Blanch, 1994).

Les habiletés critiques à développer sont les mêmes, peu importe le diagnostic. Nicholson et Blanch (1994) suggèrent d'exposer les parents à des personnes susceptibles de jouer un rôle de mentor, car ceux-ci peuvent représenter un modèle parental positif. Aux yeux de ces auteurs, cette pratique s'avère d'autant plus importante que les parents aux prises avec des troubles mentaux peuvent avoir été exposés à des interactions familiales peu appropriées ou lacunaires. De plus, ces mêmes auteurs insistent sur le fait qu'ici, la capacité d'assumer le rôle de parent s'avère plus souvent compromise par les symptômes et leurs conséquences que par les compétences parentales. La capacité à répondre aux messages non verbaux, à vaincre les effets secondaires de certaines médications, à gérer les symptômes et à transiger avec eux, et à répondre aux questions concernant la maladie ne sont que quelques exemples (Mowbray et al., 2000a ; Jacobson et Miller, 1999 ; Miller, 1997 ; Nicholson et Blanch, 1994). Les capacités à gérer des ressources financières limitées et à entretenir le foyer doivent aussi être considérées (Mowbray et al., 2000b). Nicholson (2003b) suggère que les praticiens profitent de toutes les possibilités qui leur sont données pour offrir des modèles, des occasions de pratique ou de la rétroaction, que ce soit à la clinique, à domicile, dans des groupes de parents ou à l'école.

En ce sens, Nicholson et Blanch (1994) recommandent que les rencontres avec le parent alternent avec des rencontres où

Pour certains auteurs, la tâche la plus difficile aux yeux des mères est de discipliner les enfants. Beaucoup de mères doutent de leurs compétences parce qu'elles ont un problème de santé mentale (Ackerson, 2003 ; Mowbray, Oyserman et Ross, 1995a). Ackerson (2003) remarque un certain renversement des rôles : durant les périodes de rechute, les enfants – particulièrement les aînés – assument des tâches parentales envers les plus jeunes ou les tâches domestiques. Un tel renversement des rôles peut aussi se traduire par des soins apportés au parent par l'enfant.

LES PROGRAMMES PSYCHOÉDUCATIFS
Parallèlement aux groupes destinés aux parents, Macnaughton (2004) insiste sur la nécessité d'offrir des programmes destinés spécifiquement à leurs enfants. On devrait alors s'efforcer tout particulièrement de déconstruire les messages sociaux empreints de préjugés qu'ils ont déjà intégrés et leur offrir une information juste et accessible sur les problèmes de santé mentale. L'auteur rapporte que des enfants amorçant l'école primaire peuvent déjà profiter de groupes psychoéducatifs et d'entraide. Les enfants doivent mieux saisir le rôle des intervenants, savoir quoi faire et qui appeler s'ils ne sentent pas en sécurité. Les enfants doivent développer une attitude affirmative face aux railleries et à la diffamation. Ils doivent pouvoir comprendre les motifs qui expliquent une admission contrainte de leur proche et ventiler sur cette expérience. Les enfants posent fréquemment des questions sur les comportements étranges de leur

« On dirait qu'il existe une politique ministérielle selon laquelle chaque mère qui souffre d'une problème de santé mentale perd ses enfants. Il n'y a pas d'évaluation, on ne travaille pas avec la mère et il n'y a pas de communication. Je ne savais jamais ce que feraient les travailleurs sociaux. »

les enfants et le parent sont présents. Durant les rencontres individuelles, le parent peut identifier des situations problématiques de communication, d'interaction ou de connaissances. Au cours de la rencontre subséquente, le clinicien pourra agir comme modèle, soutenir le parent et renforcer les comportements parentaux efficaces.

proche. Ils s'interrogent sur leur part de responsabilité dans la détresse de leur parent ou sur les risques de développer eux aussi un problème de santé mentale. Ils s'inquiètent sur la persistance du cauchemar, qui s'éternise, et sur le devenir de leur famille et des personnes qui veilleront sur eux si la situation en vient à se détériorer (Chovil, 2004).

Afin de soutenir la résilience de l'enfant, il importe de l'aider à distinguer le concept de soi de l'expérience de la maladie du parent. Il faut que l'enfant constate qu'il n'est pas responsable de l'évolution du problème de santé mentale du parent (Nicholson et al., 2001). Beardslee et al. (1997a) insistent sur l'importance, pour les programmes psychoéducatifs, de soutenir des facteurs de protection de l'enfant tels que sa capacité à se lier aux autres, à fonctionner de façon autonome hors de la maison et à se comprendre.

Un programme psychoéducatif destiné aux parents aux prises avec des troubles mentaux est conçu afin d'expliquer la maladie des parents et ses possibles effets sur la famille et d'améliorer la communication entre les parents et leurs enfants au sujet de la maladie (Beardslee et al., 1997a; Beardslee, Salt, Versage, Gladstone, Whright, et Rothberg, 1997b; Beardslee, Wright, Rothberg, Salt et Versage, 1996b). Dans une étude sur l'efficacité de ce programme, Beardslee et al. (1997a; 1997b; 1996b) comparent deux groupes de parents. Un premier participe à un programme constitué de six à dix sessions, au cours desquelles l'intervenant tente d'intégrer le contenu informatif au vécu de chacun des membres de la famille. L'étude prévoit des rencontres individuelles, conjugales et familiales afin de valider l'expérience de chacun des membres de la famille. La rencontre familiale, animée par l'intervenant, a pour but d'aider les enfants à mieux comprendre les enjeux de santé mentale et, surtout, à surmonter les problèmes de communication portant sur les répercussions de ces enjeux sur le quotidien de la famille. Le second groupe reçoit la même information, par le même clinicien, durant deux sessions informatives. Même si l'intervenant encourage les participants à discuter avec les membres de leur famille du contenu de la présentation, il ne fait aucun effort pour intégrer le quotidien des participants à la discussion. Il ne rencontre pas les enfants non plus.

Les évaluations effectuées jusqu'à deux ans et demi après l'intervention démontrent une amélioration des attitudes et des comportements au sein de la famille chez les deux groupes. Cependant, Beardslee et al. (1997a; 1997b; 1996b) observent davantage de changements dans le groupe où les efforts d'intégration au quotidien sont soutenus : on constate une meilleure communication parent-enfant et entre les membres de la famille, des discussions plus informatives sur la maladie

et l'apparition de nouvelles stratégies adaptatives au sein de la famille. Les enfants affirment mieux comprendre la maladie de leur parent et mieux s'adapter dans leur fonctionnement.

Une intervention psychoéducatif réussie requiert quatre éléments-clés : 1) offrir aux enfants des informations sur les problèmes de santé mentale et les difficultés qui en découlent ; 2) comprendre les préoccupations des parents par rapport à leurs compétences parentales et répondre à leurs interrogations ; 3) faire participer activement les enfants dans les discussions au sujet des enjeux de santé mentale qui concernent leur parent ; 4) solliciter les parents lorsque leurs enfants ne sont pas aux prises avec un problème de santé aigu (Beardslee et al., 1997b).

GÉNÉRALITÉS SUR LES PROGRAMMES EFFICACES

Malheureusement, l'état actuel des recherches ne permet pas d'éclairer de façon suffisante le développement des politiques ou des pratiques sur le soutien à la parentalité (Nicholson et al., 2001). Ici comme ailleurs, les services spécialisés ou spécifiques à cette problématique sont sous-financés, souvent de façon transitoire. Les parents aux prises avec des troubles mentaux graves constituent un groupe hétérogène, évoluant dans des contextes complexes. Par conséquent, les besoins des familles exigent

Dans un sondage national effectué sur les programmes de soutien aux familles, 48 programmes ont été recensés dans l'ensemble des États-Unis. De ce nombre, 20 seulement offraient des services spécifiques aux parents aux prises avec un trouble mental, dont deux programmes qui ont dû cesser leurs activités au moment de ce recensement, faute de financement. Treize programmes offraient des services de développement de compétences parentales pour des parents à risque. Finalement, quinze programmes offraient du soutien aux parents, sans qu'il n'y ait de programmation spécifique (Biebel, 2004; Nicholson, 2003a; 2003b; Hinden et al., 2002a). Une extrême fragmentation des services et des duplications subsiste entre les réseaux d'aide à l'enfance et les réseaux de santé mentale, que ce soit en matière de lieu de services, d'accès, de personnel ou de philosophie d'intervention (Hinden et al., 2002a). Les modes de financement des programmes tendent à privilégier l'accès uniquement aux enfants ou aux parents, limitant les possibilités d'offrir des services intégrés (Nicholson et al., 2001). La majorité des programmes ciblaient des parents qui conservaient la garde des enfants ou pour lesquels une réunification s'avérait possible à moyen terme. De plus, une part significative des programmes ciblait la petite enfance (0-5 ans) ou des enfants fréquentant l'école primaire. Plus les enfants vieillissent, moins les services

« Un psychiatre nous avait conseillé, à mon mari et à moi, de ne jamais avoir d'enfants : "Ils vous les enlèveront, il n'y a aucun doute. Aujourd'hui, nous avons une magnifique fille de deux ans et demi. Nous sommes, selon notre médecin de famille, "d'excellents parents", et les soins prodigués à notre fille "sont de très grande qualité". »

d'individualiser, de coordonner et d'intégrer les services (Ackerson, 2003; Nicholson et al., 2001; Apfel et Handel, 1993). Alors que les milieux d'intervention en toxicomanie ont davantage adopté une perspective centrée sur les besoins de la mère et de ses enfants, ce changement de paradigme tarde à être implanté dans les services de santé mentale malgré certaines similitudes entre les besoins de ces deux clientèles (Nicholson et al., 2001).

sont disponibles (Nicholson, Hinden, Biebel, Henry et Stier, 2004; Hinden et al., 2002a). Les programmes étaient surtout mis en place par des services de santé mentale soucieux de répondre aux besoins des parents. Une plus faible proportion émanait des services d'aide à l'enfance (Nicholson et al., 2004; Hinden et al., 2002a).

Néanmoins, nous savons que les programmes efficaces veulent répondre aux

besoins de base, améliorer la capacité des parents à s'adapter aux situations et à résoudre des problèmes, développer les compétences parentales et soutenir le développement de l'enfant. Certains auteurs (Nicholson, 2003a ; 2003b ; Biebel, 2003) soutiennent que les interventions de soutien auprès des parents qui présentent des troubles mentaux et de leurs enfants doivent reposer sur cinq axes : 1) diminuer le stress familial et soutenir la famille ; 2) amenuiser l'impact du stress familial sur la santé mentale du parent ; 3) optimiser la santé mentale du parent ; 4) limiter les effets de la maladie sur le développement et le devenir de l'enfant ; 5) consolider les facteurs de protection chez l'enfant.

Les programmes efficaces se distinguent par deux aspects. Premièrement, ils adoptent une perspective globale axée sur les forces. Ensuite, ils sont centrés sur les besoins de la famille. Autrement dit, les services sont destinés à tous les membres de la famille, plutôt qu'à l'enfant ou au parent exclusivement (Nicholson et al., 2004 ; Hinden et al., 2002). Une attention particulière est dévolue à la prévention, au renforcement des facteurs de protection/résilience, à la résolution de problèmes et à la mise en œuvre d'interventions thérapeutiques adaptées (Nicholson et al., 2004). Le simple fait d'évaluer et d'identifier les besoins, de revendiquer l'accès et de coordonner les services peut considérablement améliorer la condition et les compétences du parent aux prises avec un trouble mental. Il peut influencer positivement le devenir du parent et des enfants (Nicholson et Blanch, 1994). La réadaptation doit également se centrer sur le contexte familial, les sources de soutien formel et informel ainsi que les habiletés et les connaissances de l'individu (Oyserman et al., 1994). De plus, les intervenants qui y œuvrent doivent fondamentalement croire que les parents aux prises avec des troubles mentaux sont en mesure d'assumer ce rôle (Nicholson et al., 2001). En effet, les programmes les plus performants sont aussi ceux qui s'engagent dans des actions communautaires afin de rechercher un soutien économique et politique plus large au sein

de leur organisme et de la communauté (Nicholson et al., 2004). Une préoccupation pour l'intersectorialité et l'établissement d'alliances constructives avec d'autres acteurs du réseau de la santé, des services à l'enfance et de la communauté constituent d'autres caractéristiques des programmes efficaces (Nicholson et al., 2004). De plus, certains de ces programmes reconnaissent consacrer temps et énergie à des interventions à saveur politique : action sociale, campagne de sensibilisation et action politique sont autant de moyens d'influencer les politiques qui affectent le quotidien des familles et d'abattre des préjugés (Hinden et al., 2002a).

« Je sens que je n'ai obtenu aucune compréhension...
Personne n'a écouté ce qu'étaient réellement mes
défis. Ils se sont centrés sur une seule pièce du
casse-tête mais n'ont jamais vu l'image globale.
S'ils avaient vu tout le portrait, je crois que j'aurais
reçu un accueil différent de celui que j'ai reçu. »

De façon générale, les programmes les plus performants conjuguent des services de soutien communautaire destinés aux familles, des activités permettant le développement des compétences parentales et la consolidation du lien parent-enfant, des modules éducatifs sur le développement de l'enfant, de l'intervention de crise accessible 24 heures sur 24 et des fonds non dédiés pouvant être alloués à des besoins spécifiques (Nicholson, 2003a ; 2003b ; Hinden et al., 2002a). Ces programmes peuvent desservir en moyenne quinze familles à la fois (Nicholson et al., 2004).

Les mesures de résultats que tendent à privilégier ces programmes comprennent l'amélioration des relations parent-enfant et du fonctionnement individuel des membres de la famille au sein de divers rôles, le maintien de l'intégrité de la famille, une réponse aux besoins

familiaux, des réseaux de soutien plus solidaires ou une amélioration de l'assiduité et du rendement scolaire. De plus, usagers et intervenants disent poursuivre des objectifs davantage génériques comme l'accès à un logement abordable et sécuritaire, à des programmes de réinsertion professionnelle ou à des services de santé, une réduction des séjours hospitaliers ou de l'isolement social, une amélioration de l'estime de soi ou des habiletés de communication, pour n'en nommer que quelques-uns. De la même manière, le manque de financement, le manque de coordination entre les ressources et l'absence de fonds non dédiés posent obstacles (Hinden et al.,

2002a). En effet, les programmes efficaces qui ont fait l'objet d'une publication insistent sur la nécessité de maintenir une enveloppe budgétaire qui n'est pas allouée à des dépenses récurrentes ou préétablies. Ces fonds permettent donc de dispenser des mesures de soutien individualisées, en fonction des besoins des familles. Par exemple, ces fonds pourraient permettre à une famille d'obtenir des mesures de répit, d'offrir des services d'entretien ménager à une autre ou des mesures d'appui pour le logement, le transport, les camps d'été ou les fournitures scolaires. Plusieurs services insistent sur le fait qu'une telle souplesse constitue une importante condition de succès des programmes. Afin d'illustrer comment fonctionnent les programmes reconnus ainsi que la large gamme de services possibles, le texte suivant propose des portraits des initiatives recensées dans les écrits.

Dans cet article, nous proposons un survol des initiatives qui illustrent les différents types de services. La littérature sur laquelle s'appuie ce texte demeure encore une fois majoritairement américaine, mais plusieurs initiatives intéressantes émanent de l'Angleterre, de l'Australie ou du reste du Canada. Des efforts importants semblent particulièrement déployés en Colombie-Britannique. Nous illustrerons à l'aide de résumés la variété des initiatives provenant d'ici et d'ailleurs. Les programmes ainsi recensés se divisent en trois catégories : 1) des programmes hospitaliers avec des unités de soins dédiées aux mères aux prises avec des troubles mentaux et leurs enfants ; 2) des programmes offrant une vaste gamme de services communautaires ; 3) des programmes communautaires spécifiques.

PROGRAMMES HOSPITALIERS

Ces unités offrent des services cliniques centrés sur les enjeux de santé mentale et de soins périnataux. Les interventions sont souvent offertes à court terme, dans le but premier de stabiliser l'état clinique. Des références y sont effectuées afin de consolider des soutiens à plus long terme (Nicholson, Hinden, Biebel, Henry et Stier, 2004).

De telles unités de soins où cohabitent les mères et leur nouveau-né demeurent rares en Amérique, même si elles sont répandues en Angleterre et en Australie. Oyserman, Mowbray et Zemencuk (1994) soumettent comme hypothèses les coûts qui y sont associés (trois fois plus élevés), les inquiétudes du personnel à propos du bien-être des enfants, le manque de ressources humaines spécialisées, le manque d'études sur l'efficacité de tels programmes ou les conflits éthiques soulevés par un possible retrait de la garde. Néanmoins, la cohabitation permet d'évaluer et de développer les compétences parentales, en plus d'optimiser les contacts mère-enfant et de réduire les enjeux d'attachement (Melhuish, Gambles et Kumar, 1988). Builist, Dennerstein et Burrows (1990) rapportent certaines tensions concernant l'intérêt du personnel envers les soins à apporter à l'enfant plutôt qu'envers son mandat, qui est d'outiller la mère. De plus, les retombées de tels programmes au moment du retour en communauté demeurent encore inconnues (Oyserman et al., 1994). Ce type de programme ainsi que d'autres initiatives hospitalières sont décrites dans les résumés suivants :

Women's clinic for schizophrenia, Center for Addiction and Mental Health, Toronto (Quan, Seeman et Clodman, 2004)

Fondé en 1995, ce programme veut diminuer le stress parental, préserver l'intégrité de la famille et répondre aux autres besoins particuliers des femmes aux prises avec la schizophrénie. Une attention particulière est dévolue à la réduction des symptômes et à la psychoéducation concernant la planification des naissances et la maternité : pour ce faire, le programme offre des groupes thérapeutiques, des groupes de développement de compétences parentales et des traitements pharmacologiques adaptés. On réfère régulièrement les parents à des groupes d'entraide ou à toute autre ressource susceptible de consolider le réseau de soutien et de répondre à leurs besoins de base.

Les questions les plus souvent posées aux intervenants du programme concernent l'impact de la médication sur la grossesse et l'enfant à naître ou les variations symptomatiques associées au cycle menstruel ou à la ménopause. Les références proviennent fréquemment des services d'aide à l'enfance, qui veulent ainsi obtenir une opinion sur les compétences parentales ou dans des conflits concernant la garde. Si celle-ci est interrompue, le soutien du programme peut être déterminant pour la réunification de la famille. Malgré un fort volet clinique, les intervenants du programme demeurent sensibles aux enjeux culturels ou sociaux, comme l'accès au logement et les revenus.

Marrondah Hospital Parent-Infant Early Intervention Program (Lees et al., 2002).

Ce programme australien s'adresse aux mères de nourrissons de moins d'un an dont la grossesse, l'accouchement ou les premiers mois de maternité ont été marqués par des complications ou de la détresse. Le programme offre une évaluation de l'attachement mère-enfant et des groupes permettant d'intervenir sur l'interaction parent-enfant. D'autres groupes coexistent, ceux-ci étant destinés à répondre aux besoins du père et du couple. Ce programme constitue un lieu de rencontre sûr où les femmes peuvent ventiler mais aussi apprendre à connaître leur enfant.

Monash Medical Center : Mother Baby unit (Lees et al., 2002)

Cette autre initiative australienne s'adresse à la même population. Elle offre des services psychiatriques postnatals aux femmes et à leurs enfants qui doivent demeurer hospitalisés. Une attention

particulière est dévolue à ne pas séparer mère et enfant et à intégrer au sein des services hospitaliers une préoccupation pour le rôle parental.

Les unités de soins mère-enfant associés à des services à domicile du Nothing-hamshire Health district (Oyserman et al., 1994 ; Oates, 1988)

L'intervention débute à l'hôpital après l'accouchement. Elle dure de un à trois mois. La mère et l'enfant qui quittent l'hôpital ont droit à des visites à domicile selon trois niveaux d'intensité :

- a. L'intervention la plus intensive fait appel à des infirmières qui effectuent des rondes de huit heures par jour au domicile de la nouvelle mère. Elle ne quitte que lorsqu'une personne « fiable » est présente à la maison. Tous les deux jours, un psychiatre rend visite à la mère à son domicile.
- b. Le niveau modéré d'intensité se caractérise par deux visites quotidiennes d'au moins deux heures effectuées par une infirmière. En son absence, la mère est toujours en présence d'un proche, d'un bénévole qualifié ou d'un autre professionnel de la santé. Le psychiatre effectue deux visites à domicile par semaine.
- c. Le niveau le plus faible d'intensité correspond à une visite quotidienne effectuée alternativement par l'infirmière (aux deux jours) et par un proche, un bénévole ou un autre professionnel (les autres jours). Le psychiatre rend visite à la personne une fois par semaine.

Ces visites abordent les dimensions environnementales de l'intervention, comme la consolidation du réseau de soutien. Oyserman et al. (1994) rapportent cependant que peu d'efforts semblent avoir été faits à cet égard : peu d'énergie est consacrée à établir des liens vers des ressources communautaires, à outiller ou à informer la famille.

San Francisco General Hospital Programs (Hinden, Biebel, Nicholson, Henry et Stier, 2002a)

Les trois programmes de cet hôpital constituent un continuum de services coexistants qui a pour but de mieux desservir les femmes aux prises avec des troubles mentaux et leurs enfants.

a. L'unité de consultation-liaison de l'unité de gynécologie-obstétrique

Cette unité offre des services psychiatriques internes et externes pour les femmes aux prises avec des troubles

mentaux qui sont enceintes ou qui viennent d'accoucher. Le programme peut soutenir 18 femmes à la fois, jusqu'au troisième mois suivant l'accouchement. Le but du programme est d'aider les femmes à vivre une grossesse en santé, un accouchement dans un contexte sécuritaire, une transition douce vers la maison et des soins postnatals. Le tiers des clientes connaissent des enjeux de toxicomanie ou une histoire d'abus. Le même genre de programme existe en Colombie-Britannique (*Reproductive Mental Health Outreach Program, BC Women's Hospital, Vancouver*) (Lees et al., 2002).

b. The Infant Parent Program (IPP)

Ce programme offre des psychothérapies aux mères et aux enfants. Il s'adresse aux familles dans lesquelles les enfants risquent de voir leur développement retardé. Des intervenants effectuent des visites à domicile sur une base hebdomadaire. Les enfants âgés de moins de trois ans sont considérés comme étant les clients. Les parents étant soumis à des contextes de vie complexes et difficiles, les intervenants ne se concentrent pas seulement sur des enjeux de santé mentale. Ils cherchent aussi à contrer les effets de la pauvreté et des abus, des processus d'immigration sur le développement des enfants. Les buts du programme : prodiguer des services de santé mentale aux nourrissons, aux bambins et à leur famille lorsque des difficultés importantes subsistent dans leurs relations et offrir des consultations et des rapports de collaboration aux autres partenaires du secteur jeunesse.

Le programme repose sur quatre composantes : 1) des interventions thérapeutiques portant sur le lien parent-enfant, offertes le jour et le soir à domicile ; 2) des consultations auprès de partenaires afin d'améliorer les services destinés aux enfants ; 3) des évaluations neuropsychologiques et développementales ; 4) de la formation pour les intervenants.

c. The Women's Issues Psychiatric Program

Il s'agit d'une unité interne de psychiatrie qui s'attarde spécifiquement aux enjeux de planification de naissance et de santé sexuelle. Le but principal du programme est d'améliorer les services psychiatriques et médicaux pour les femmes aux prises avec des troubles mentaux graves.

PROGRAMMES OFFRANT UNE VASTE GAMME DE SERVICES COMMUNAUTAIRES

Ces programmes offrent généralement une vaste gamme de services susceptibles de répondre aux besoins de tous les membres de la famille, notamment : des programmes psychoéducatifs destinés aux parents, des groupes de développement et de soutien aux compétences parentales, du suivi communautaire, des services résidentiels ou de soutien au logement, des services psychothérapeutiques individuels ou familiaux et des services spécialisés de garde (Nicholson et al., 2004).

«Aucune médication ne me ralentira. J'ai une fille de deux ans et demi. Je dois demeurer active à cause d'elle.

Je dois être juste derrière elle, partout où elle va.»

Le suivi communautaire en constitue le plus souvent la pièce maîtresse : certains programmes adoptent une perspective centrée sur la coordination des services tandis que d'autres y ajoutent une composante clinique (*clinical case management*) (Hinden et al., 2002a).

Nicholson, Biebel, Hinden, Henry et Stier (2001) recommandent l'accès et la coordination de services de base permettant de répondre aux besoins de logement, de transport, de traitement, d'insertion professionnelle et d'activités de loisir. Ils préconisent également un accès inclusif et proactif à des services de santé mentale afin d'aider les parents à mieux gérer leurs symptômes, à amorcer des démarches de traitement et à maintenir des relations thérapeutiques avec des professionnels de la santé. Au moment d'évaluer les besoins des parents, l'intervenant doit considérer leur capacité à veiller à l'entretien de la maison, à planifier et à préparer des repas nutritifs, à gérer leurs émotions, à respecter un budget, à imposer des limites appropriées aux enfants, à développer des interactions saines avec leurs enfants et à accéder à des services de garde ou de répit (Nicholson, 2003b). Les intervenants doivent aider les parents à identifier les signes précurseurs de rechute, à reconnaître les symptômes de leur maladie et à développer des stratégies adaptatives pour mieux absorber le stress (Nicholson, Sweeney et Geller, 1998a). L'entraide constitue une modalité privilégiée qu'il faut soutenir. De plus, les programmes traditionnels comme les centres de jour et les clubs psychosociaux et de suivi commu-

nautaire doivent encourager et soutenir la participation des parents (Nicholson et Blanch, 1994).

Des tâches de liaison et de coordination, plus fréquentes au sein des programmes de suivi communautaire, s'avèrent primordiales afin d'accéder à des ressources et à des services pédiatriques globaux, de consolider des relations constructives avec les voisins (Nicholson et Blanch, 1994). Les programmes proactifs de suivi communautaire permettraient non seulement d'assurer un meilleur accès aux ressources communautaires, mais aussi

de mettre en place des mesures d'appui et de répit ou d'établir des plans de crise lorsque l'état clinique de la mère lui permet de mieux participer aux décisions (Lees, 2004 ; Bassett, Lampe et Lloyd, 1999 ; Nicholson et al., 2001 ; Nicholson et al., 1998a ; Nicholson et Blanch, 1994). Cette affirmation est soutenue également par Hoffman et Rosenheck (2001), qui ajoutent que les programmes de suivi communautaire peuvent influencer et même accroître les possibilités de réunification familiale.

Children and Parents Together (CAPT) (Hinden et al., 2002a)

Ce programme est situé à Commack, en banlieue de New York. Le programme poursuit la mission d'aider les parents aux prises avec des troubles mentaux à assumer leur rôle de parent et de promouvoir un sain développement de leurs enfants. Cependant, une érosion constante des sources de financement est venue limiter les services au cours des années. Néanmoins, le programme dessert 30 enfants à la fois : il accorde la priorité aux frères et sœurs des enfants déjà desservis. Au départ, tous les parents inscrits doivent assumer la garde d'au moins un de leurs enfants. Le programme souscrit à une orientation de réadaptation psychiatrique (telle que définie par le Center for Psychiatric Rehabilitation de Boston), mais il intègre une orientation centrée sur la famille et une philosophie axée sur les forces.

Les parents reçoivent du soutien communautaire et psychoéducatif. Les enfants âgés entre zéro et trois ans peuvent bénéficier

de services spécialisés de garde (deux groupes de dix enfants) deux fois par semaine, alors que les enfants âgés entre trois et cinq ans (un seul groupe composé de dix enfants) fréquentent une prématernelle à raison de trois jours par semaine. Les intervenants estiment qu'environ la moitié de ces enfants présentent eux aussi des besoins de services de santé mentale. Les problèmes les plus fréquents s'avèrent liés à l'isolement, aux pauvres habiletés de socialisation, au retard de langage, à un niveau d'activité accru ou plus réduit et à une difficulté à s'engager dans des comportements ludiques appropriés à son âge.

Pendant que les enfants participent à des activités de stimulation, leur mère est invitée à joindre les rangs d'un groupe de soutien. Un groupe dédié aux pères est aussi déployé. Sur une base hebdomadaire, les parents d'enfants qui vivent en famille d'accueil sont conviés à participer aux activités de groupe spécifiques à leurs besoins. Un groupe hebdomadaire destiné aux « gradués » accueille les parents dont les enfants sont d'âge scolaire. Néanmoins, plusieurs parents déplorent la réduction du soutien lorsque leurs enfants entrent à l'école.

Les groupes de soutien aux parents offrent des activités psychoéducatives sur une variété d'enjeux que sont, par exemple, la gestion des symptômes, l'impact de la maladie chez les enfants, le développement normal des enfants, les compétences parentales, les habiletés sociales, la gestion du budget, le recours au transport en commun, l'accès aux mesures de soutien financier. Grâce à du soutien, les parents sont en mesure de mieux résoudre les conflits ou de mieux se positionner à propos des relations difficiles qu'ils entretiennent.

Au début du programme, les intervenants vont rencontrer les parents à leur domicile à une occasion. Dans certains cas, les intervenants accompagnent des parents qui ne sont pas en mesure de revendiquer certaines demandes au sein de leur communauté. De façon générale, les intervenants adoptent un rôle de référence et de liaison plutôt que d'offrir directement leurs services. Parmi les facteurs contextuels qui affectent les résultats du programme, les intervenants notent le manque de logements abordables et un réseau de transport en commun déficient. De plus, l'accès à des milieux de garde abordables et à des milieux de formation et de réinsertion professionnelle comporte des

lacunes importantes. Presque tous les parents ont vécu de l'abus et près du tiers ont des problèmes de consommation. Très peu des parents résident dans leur logis : la plupart vivent en résidences, dans des maisons de chambre ou des gîtes pour sans-abri.

Néanmoins, des retombées positives fleurissent. Les parents développent une meilleure compréhension de ce que sont le développement et les comportements normaux chez les enfants. Ils améliorent leurs compétences parentales, bonifient leur confiance en leur capacité d'exercer leur rôle de parent, consolident un réseau de soutien et assument leurs responsabilités en regard de la gestion de la maladie. Pour leur part, leurs enfants améliorent leurs habiletés sociales, motrices et cognitives et développent leurs dispositions à intégrer l'école avec succès.

Emerson Davis Family Development Center (Hinden et al., 2002a ; Lieberman et al., 1999)

Situé à Brooklyn, ce programme résidentiel est intégré au sein d'un large institut de services communautaires qui chapeaute plus de 40 programmes. Les services de suivi communautaire s'articulent à partir d'un immeuble où les appartements sont réservés aux familles dont un parent (qui a déjà été sans-abri) est aux prises avec un trouble mental. Vingt-deux appartements avec une chambre à coucher sont offerts aux parents vivant seuls qui cherchent une réunification avec leurs enfants. Seize appartements de deux chambres sont réservés à des familles. Avant leur arrivée au centre, les parents doivent être sobres depuis plus d'un an et connaître une certaine stabilité de leur état clinique. Ils doivent démontrer qu'ils sont prêts à faire des sacrifices quant à leurs besoins de gratification immédiate au profit de leurs enfants. Ils doivent aussi démontrer qu'ils apprécient la parentalité. Leurs enfants doivent être âgés de moins de 12 ans. Le centre gère également un ensemble d'appartements-satellites dans la communauté où peuvent s'installer les « gradués ». Les intervenants cherchent à développer, dans l'immeuble, une communauté pouvant subvenir aux besoins d'obtenir un guide, des modèles et du soutien.

La mission du programme est de favoriser la réunification des familles de la clientèle-cible. Les interventions ont pour but d'établir un milieu de vie sain, sécuritaire, qui fait la promotion de l'apprentissage et qui soutient les parents et leurs enfants

dans leur objectif de vivre pleinement une vie personnelle et familiale harmonieuse. Les services de soutien communautaire adoptent une perspective centrée sur la famille et axée sur les forces. Les principes d'intervention cités dans le tableau 1 en témoignent. Sept jours sur sept et 24 heures sur 24, les intervenants supervisent et soutiennent les activités qui s'y déroulent, font de la prévention en matière de toxicomanie et de l'intervention de crise.

À partir du style d'intervention du praticien et des besoins de la famille, on jumelle un intervenant en soutien communautaire qui visite chaque famille au moins cinq fois par mois. Les premières rencontres sont marquées par une évaluation exhaustive des besoins. On formule les buts et établit le plan de service tels que déterminés par

TABLEAU 1 : Principes d'intervention adoptés par le centre Emerson-Davis (Hinden et al., 2002a ; Lieberman et al., 1999).

- › Les parents qui veulent prendre soin de leurs enfants sont moins affectés par les effets des troubles mentaux que ceux qui ne veulent pas assumer ce rôle.
- › Les placements donnent trop souvent des résultats décevants.
- › L'absence d'un milieu de vie adéquat constitue un déterminant majeur des difficultés vécues par les parents.
- › Les parents ont besoin de mesures de soutien pour assumer leur rôle de parent, et ils en profitent. Le véhicule idéal pour répondre à ces besoins : les unités de logement associées à des mesures de soutien.
- › Le logement doit être jumelé à des mesures sociales holistes intégrées.

les membres de la famille visés par l'intervention. Les intervenants en soutien communautaire assistent également les parents dans leurs efforts pour mieux relever avec les multiples défis quotidiens liés au fait de vivre en appartement.

Chaque famille est également assignée à un spécialiste du développement familial qui lui rend visite chaque semaine, développe *in vivo* les compétences parentales et aborde les différentes facettes de la vie familiale. Il offre aux familles des repères pour la gestion des

comportements difficiles et la résolution de problèmes. Cet intervenant peut accompagner le parent aux rencontres parent-maître ou aux comparutions concernant la garde.

Les résidents doivent également participer à un groupe hebdomadaire de développement des compétences parentales. En contrepartie, ils bénéficient d'un service de garde pour leurs enfants. L'immeuble comprend un centre de soutien à l'apprentissage pour les enfants qui ont besoin d'une aide particulière ou de tutorat. En plus des services de garde à la journée, les parents peuvent utiliser des services de répit de trois à cinq heures durant l'année scolaire. Ces services permettent aux parents de décompresser, de préparer le repas ou de faire le plein d'énergie avant la soirée. Durant l'été, les enfants qui ne sont pas en camp de jour participent à deux sorties par semaine.

Le taux de réadmission en psychiatrie atteignait presque 19 % sur une période de deux ans. Dans la mesure du possible, les enfants étaient maintenus au centre. Cependant, le recours à des mesures de garde ou à des dépannages en famille d'accueil s'avère quelquefois nécessaire. Par contre, les enfants réintègrent le foyer après le congé de leur parent.

Les intervenants considèrent que l'emplacement de la résidence, au cœur de New York, permet d'accéder à une vaste gamme de programmes culturels et éducatifs. Par ailleurs, le coût de la vie élevé constitue parfois un obstacle : la quête d'un appartement sécuritaire et abordable s'avère difficile pour ces familles. Pour cette raison, le séjour des familles varie entre 18 et 30 mois et le programme a cumulé une longue liste d'attente.

Le Threshold Mothers' Project (Chicago) (Zeitz, 1995)

Il s'agit d'un programme intensif et complet de services dédié aux mères aux prises avec des troubles mentaux graves et à leurs jeunes enfants de zéro à cinq ans. Ce programme s'articule autour de services intensifs de suivi communautaire centré sur la famille, en réponse aux préoccupations des services de protection de la jeunesse, qui préconisent le regroupement de plusieurs ressources afin de mieux répondre aux besoins des parents et des enfants. Des services de suivi communautaire permettent aux mères d'accéder à une gamme de services de réadaptation comprenant notamment du soutien à l'emploi, au loisir et à l'éducation.

Cependant, lorsque l'enfant est d'âge préscolaire, les mères sont conviées à se concentrer sur leur rôle de parent. Les services sont déployés de façon très individualisée ; un rapport de confiance peut prendre du temps à s'établir et il se peut que le parcours des familles soit ponctué de reculs et d'enjeux développementaux. Cela, le programme le comprend très bien. Le *Threshold Mothers' Project* favorise le mieux-être des enfants, mais il croit au bénéfice que retirent ces derniers lorsqu'ils vivent auprès de leurs parents.

Les mères reçoivent aussi des services de traitement, de l'éducation et du soutien pour leur permettre de développer leurs compétences parentales. Les enfants accompagnent leur mère dans le milieu de garde, où des spécialistes du développement les stimulent tout en modelant, pour les mères, des comportements de jeux appropriés à leur niveau de développement. Le service de garde thérapeutique se préoccupe constamment de développer la communication avec l'enfant, de faciliter son développement cognitif et affectif. Il cherche à consolider chez ce dernier le sentiment de maîtrise et un solide concept de soi. Le recours à des modalités de groupe où s'exerce la pression des pairs s'avère utile parce que l'on veut faciliter le développement de stratégies adaptatives et de l'aptitude à gérer les symptômes. On suscite des comportements parentaux adaptés au niveau de développement de l'enfant. Le service de garde thérapeutique devient aussi l'hôte des anniversaires et des fêtes : ce lieu doit devenir le siège du partage, du jeu, du plaisir et de l'apprentissage.

On offre également du soutien aux mères de nourrissons, des groupes de psychothérapie et de psychoéducation sur le développement de l'enfant, la médication ou le développement des habiletés. Les participants bénéficient de visites à domicile, dont la fréquence varie en fonction de l'âge de l'enfant ou de la vulnérabilité de la mère. Ces visites constituent une occasion de résoudre les situations de crises, mais aussi de soutenir la routine du soir, d'organiser le logis ou de distribuer des meubles ou des effets. Des appartements où sont déployées diverses intensités de soutien sont aussi accessibles aux familles. Lorsque l'état de la mère le nécessite, des mesures de répit se mettent en place, au cours desquelles les contacts mère-enfant continuent d'être encouragés. Les conjoints et les proches peuvent recevoir du soutien et des services psychoéducatifs. Si le conjoint est aux prises lui aussi avec des

problèmes de santé mentale, il pourra obtenir des services de Threshold. Une attention particulière est accordée à l'abus de substances sous forme de dépistage, de référence vers des services de désintoxication ou de traitement, s'il y a lieu.

Une trentaine de familles sont desservies à la fois, pour une durée indéterminée s'échelonnant sur quelques années. Si certaines familles recherchent le soutien du *Mothers' Project*, d'autres accèdent à ses services à la suite d'une ordonnance de la Cour. Au moment de l'admission, les enfants éprouvent souvent des difficultés interpersonnelles, des troubles du langage, de la pensée ou de l'humeur. On considère que ces enfants risquent souvent de développer des difficultés d'ordre cognitif ou psychosocial. Une étude menée sur cinq ans démontre que les mères et les enfants évoluent positivement. Chez les enfants, ces améliorations se traduisent par un meilleur fonctionnement cognitif, un accroissement des compétences sociales et des stratégies adaptatives ainsi qu'un niveau de développement plus approprié à leur âge. Pour leur part, les mères démontrent une plus grande capacité à donner de l'attention à leurs enfants, un meilleur ajustement social, professionnel et parental. Le taux de réadmission diminue également de façon marquée.

Family Support Services / PACE Program (FSS/PACE) (Hinden et al., 2002a)

Situé à Iowa City, ce programme offre des services cliniques de suivi communautaire (*Clinical case management*) destinés à la famille. Il n'y a pas de limites concernant l'âge des enfants, en autant que ceux-ci vivent toujours avec leurs parents. Tout en s'appuyant sur les forces et les ressources de la famille, les intervenants se concentrent sur le développement des habiletés de résolution de problèmes. Ils offrent des services de psychothérapie et d'éducation aux parents et aux enfants au sujet des problèmes de santé mentale. Le programme prévoit également une rencontre de soutien mensuelle pour les mères et une réponse à la crise sur appel, 24 heures sur 24. Le *PACE Program* agit aussi sur d'autres aspects : le transport, la médiation avec les propriétaires, l'aide financière et les plans de contingence par rapport à une éventuelle hospitalisation. Les services sont déployés essentiellement à domicile. Les buts premiers du programme : réduire la participation des services de protection de la jeunesse, prévenir les réadmissions et augmenter la qualité de vie tout en optimisant les liens avec d'autres ressources.

Au départ, ce programme recevait des subventions des services sociaux du comté. Par conséquent, les services étaient offerts généralement aux parents qui avaient déjà perdu la garde de leur enfant. Des divergences fondamentales d'opinions sur la capacité des personnes aux prises avec des troubles mentaux à être de bons parents ont eu raison du partenariat initial. Le financement de l'agence lui fut retiré, ce qui a entraîné la venue de nouveaux bailleurs de fond et des changements notables dans les services. Le nombre de familles desservies a diminué. On se limite à celles qui maintiennent la garde d'au moins un enfant. Douze familles peuvent être desservies à la fois.

Même si les besoins individuels des parents et des enfants sont identifiés, c'est la famille qui retient l'attention des intervenants. Toutes les actions sont entreprises en fonction du contexte familial et des ressources de la famille. D'autres programmes de suivi communautaire œuvrent à Iowa City, mais le FSS/PACE se démarque par sa préoccupation de la parentalité et de la famille.

Encore ici, le pauvre accès à des logements abordables et à des milieux de garde fiables et accessibles, additionné à un transport en commun déficient, affecte le quotidien des familles et les retombées du programme. De larges efforts de sensibilisation de la communauté et de certains acteurs s'avèrent nécessaires afin de mieux contrer l'impact des stigmates, des mythes et des préjugés vécus par les

Parmi les retombées positives du programme, les intervenants rapportent une baisse des hospitalisations et du recours aux services de protection de la jeunesse. On note aussi une augmentation des capacités des parents à résoudre des problèmes, une meilleure connaissance du développement des enfants, une meilleure gestion des symptômes, une plus grande qualité de vie et une confiance accrue dans sa capacité d'assumer sa parentalité. Pour leur part, les usagers soulèvent les ingrédients-clés du programme : 1) disponibilité d'une personne pour répondre aux besoins et pour aider à ventiler ; 2) accès à des ressources et à du soutien, visites à domicile ; 3) apprentissage sur la façon de diffuser des situations difficiles, de mieux communiquer et de faire face aux circonstances difficiles ; 4) de l'aide concernant le transport et la paperasse.

Invisible Children's Program (ICP) (Hinden et al., 2002a ; Hinden, et al., 2002b)

Ce programme offre des services de suivi communautaire aux familles de Orange County, dans un milieu rural de l'État de New York. Le programme a été nommé ainsi parce que les enfants des parents aux prises avec des troubles mentaux sont négligés par le réseau traditionnel de santé mentale. Ce programme souscrit à deux affirmations : 1) les parents désirent être les meilleurs parents qu'ils puissent être ; 2) le fait d'être parent joue un rôle significatif dans le rétablissement des personnes aux prises avec des troubles

page 25). Une grande importance est dévolue au développement d'un lien de confiance, empreint de respect, avec chacun des membres de la famille.

Le programme offre des services de suivi communautaire centrés sur la famille, accessibles 24 heures sur 24, comprenant des activités de liaison, des services de crise, des services de représentation et des services de soutien (répit, éducation, accès à du soutien financier, soutien à l'emploi, à l'éducation ou au logement). Il est intégré à un organisme privé sans but lucratif, ce qui permet à ses usagers de bénéficier d'un groupe d'entraide, de services de répit, de formation professionnelle et de soutien à l'éducation. En 2002, le programme pouvait déjà se vanter d'avoir desservi 500 personnes issues de près de 150 familles où un parent est aux prises avec des troubles mentaux graves. Généralement, 16 familles peuvent en bénéficier à la fois. Bien que la majorité des clients assument toujours la garde de leurs enfants, plusieurs sont susceptibles de la perdre. Même si aucune durée limite n'est fixée, les clients demeurent en moyenne au sein des services durant deux ou trois ans.

Encore ici, de grosses lacunes dans le transport en commun et la rareté des logements sûrs et abordables contribuent significativement à la difficulté d'assumer son rôle de parent. D'importants efforts de sensibilisation sont nécessaires afin de combattre les mythes et les préjugés. Néanmoins, les intervenants constatent des améliorations concernant l'estime de soi, la confiance en soi, l'autodétermination, la stabilité résidentielle, l'accès aux services de santé, l'emploi, les réseaux de soutien et le maintien de la garde. Ils rapportent aussi une baisse des hospitalisations. Pour leur part, les enfants contrôlèrent mieux leurs comportements, seraient plus efficaces lorsqu'ils communiquent, présentent une plus grande assiduité scolaire et moins de placements. La clé du programme : la disponibilité des intervenants en suivi communautaire, une approche libre de jugement reposant sur les forces, une alliance empreinte de confiance, le soutien émotionnel et les liens établis avec les services de protection de la jeunesse.

PROGRAMMES COMMUNAUTAIRES SPÉCIFIQUES

Ces programmes se limitent généralement à des services circonscrits et spécialisés, comme le développement des interactions parent-enfant ou des compétences parentales (Nicholson et al., 2004).

« Je travaille très fort pour me sortir d'une dépression et voilà que je me fais menacer et maltraiter par une bande de jeunes lorsque je rentre chez moi. Mon fils est avec moi. On l'attaque lui aussi. Je perds ma crédibilité à ses yeux et aux miens. On nous jette des pierres et de la boue. Blessée et en colère, je me demande vraiment quelle est la pertinence d'essayer de devenir mieux ? »

familles. Celles-ci sont confrontées à de nombreux enjeux tels que la pauvreté, la toxicomanie et la violence conjugale. Les intervenants rapportent que ces enjeux ont des conséquences plus dramatiques que les problèmes de santé mentale eux-mêmes.

mentaux. Ce programme veut soutenir le pouvoir d'agir des parents, les aider à créer un environnement sûr et stimulant pour leurs enfants, tout en préservant l'intégrité familiale. Les principes d'intervention auxquels souscrit ce programme sont énumérés dans le tableau 2 (voir en

Les programmes suivants constituent de bons exemples.

The Super Saturday Club (Ratzlaff, 2004)

Ce programme de la Colombie-Britannique adopte comme principe directeur la nécessité de consolider et de soutenir les familles dans leurs efforts pour développer les facteurs qui contribuent à une meilleure santé mentale chez tous les membres de la famille : intégrer des enfants dans des environnements où ils peuvent trouver du soutien, consolider des communautés, développer des habiletés sociales et établir un rapport durable avec un adulte en santé. Les familles déploreraient que leurs enfants aient peu d'occasions de s'engager dans des activités récréatives et sociales, faute de ressources financières, de transport ou de ressources personnelles chez les

adoptent le rôle de modèles et de mentors pour les jeunes. Surtout, ils facilitent une forte cohésion au sein du groupe. Non seulement les jeunes enrichissent-ils leur qualité de vie, mais ils élargissent aussi leur réseau social. Pendant que les enfants jouissent de leur sortie, les parents bénéficient d'un espace de répit pour prendre soin d'eux. Le groupe offre aussi une constance : les enfants peuvent toujours y participer, peu importent les

Theraplay (Lees et al., 2002)

Ce programme-pilote britanno-colombien est offert aux femmes qui souffrent d'un problème de santé mentale et qui ont des enfants âgés entre quatre et neuf ans. Durant seize semaines, à raison de trois heures par semaine, parents et enfants cherchent à consolider leur relation à l'intérieur d'un contexte de soutien où prédomine le jeu. L'intervenant y modèle des comportements et attitudes qui sont appropriés à l'âge de

« Mes enfants sont sans cesse taquinés à l'école et dans mon voisinage. On dit de moi que je suis la *psycho*. »

changements dans l'état de santé de leur parent, les arrangements concernant la garde ou leurs propres difficultés. Même si l'âge des participants est établi, aucun enfant n'est exclus du groupe lorsqu'il atteint la limite. Les jeunes sont libres de quitter le groupe lorsqu'ils se sentent prêts à passer à autre chose.

l'enfant. Il offre un milieu structuré qui facilite l'apprentissage et guide le parent dans l'acquisition de nouveaux comportements et de nouvelles attitudes.

Home Care Programs (Oyserman et al., 1994 ; Cohler et Grunebaum, 1983)

Ces programmes répondent au manque de continuité entre les soins hospitaliers au moment de la naissance et les besoins des familles en communauté. À raison de deux heures par semaine, une infirmière ou un travailleur social leur rend visite à domicile. Ils ont pour but d'aider la mère à surmonter ses difficultés d'ordre conjugal, à assumer son rôle de mère ou à entretenir son foyer. On considère les besoins généraux de la famille, les besoins affectifs et pédagogiques de l'enfant et la santé mentale de la mère. Cohler et Grunebaum (1983) constatent une plus grande impression d'être en mesure de résoudre ses problèmes, de prendre soin de son enfant et de maintenir des relations positives chez les participantes. Cependant, Oyserman et al. (1994) soulignent que peu d'interventions ont pour but d'influer sur le contexte socio-économique au sein duquel ces femmes cherchent à assumer leur rôle parental.

Denver Mothers' and Children Project (Waldo, Roath, Levine & Freedman, 1987 ; Oyserman et al., 1994)

Ce programme offre des services de développement des compétences parentales aux mères souffrant de schizophrénie qui maintiennent des contacts avec leurs bambins d'âge préscolaire. Le programme suit également le développement des enfants et intervient rapidement si celui-ci semble compromis. Pour être éligibles au service, les mères doivent aussi s'investir au sein d'une clinique de santé mentale ou avec un thérapeute.

TABLEAU 2 : Principes d'intervention adoptés par le Invisible Children's Program (Hinden et al., 2002a ; Hinden et al., 2002b).

- › Les parents aux prises avec des troubles mentaux ont des forces et des ressources.
- › Les familles ont besoin du soutien et elles le méritent.
- › Les troubles de santé mentale ne sont pas la cause des mauvaises ou des bonnes compétences parentales.
- › Les parents peuvent avoir besoin de services provenant de plusieurs systèmes. Des rapports de collaboration doivent donc être établis avec le réseau de protection de la jeunesse, du logement, de l'emploi et de l'éducation afin d'en faciliter la coordination et l'intégration.
- › Les enfants sont généralement mieux avec leurs parents.
- › Améliorer la capacité d'un parent à assumer son rôle entraîne un meilleur développement de l'enfant.
- › Soutenir le rôle de parent contribue au rétablissement.
- › Établir des relations fiables et continues s'avère thérapeutique.

parents. Deux samedis par mois, deux groupes composés de douze enfants âgés entre 8 et 12 ans se réunissent pour sortir, patiner, jouer aux quilles, participer à des activités de plein air ou à des fêtes. Les récréologues qui animent le programme

De façon concomitante, le programme *Partnering with Parents* offre aux parents de l'éducation sur les différents aspects de leur rôle. Les animateurs y abordent la question des enjeux en santé mentale. Ils proposent des manières de l'aborder, de gérer les comportements difficiles et les symptômes.

Après l'évaluation initiale, les mères sont conviées à un groupe hebdomadaire d'une durée de deux heures et demie dans un lieu communautaire. Le transport est fourni. Les mères jouent d'abord avec leur enfant en présence d'un spécialiste du développement. Dans ces groupes, les intervenants donnent de l'information sur le développement, présentent des modèles parentaux et structurent le jeu. Par la suite, un service de garde spécialisé prend le relais pendant que les mères participent à un groupe où elles peuvent échanger au sujet de leur adaptation au rôle de mère, de leurs relations interpersonnelles, des enjeux à propos des services de traitement. Les mères assistent aussi à des sessions didactiques portant sur la discipline et l'entraînement à la toilette. Il est également possible que la mère soit conviée à des rencontres individuelles avec le spécialiste du développement. Selon Waldo et al. (1987), les retombées du programme se caractérisent par une fidélité soutenue au traitement et une baisse des hospitalisations. Cependant, cette initiative semble avoir desservi des femmes davantage éduquées et plus fonctionnelles que bon nombre de programmes similaires (Oyserman et al., 1994).

Project Child (Apfel et Handel, 1993)

Situé au sein du Providence Center for Counselling and Psychiatric Services, au Rhode Island, ce programme s'adresse aux mères aux prises avec une forme de psychose et à leurs enfants âgés de moins de cinq ans. Le programme est géré par le centre ; les usagères peuvent donc accéder à d'autres services offerts par l'agence, y compris des services de crise accessibles 24 heures sur 24, tous les jours. Les services spécifiques sont axés sur les besoins des enfants. On tente ainsi de réduire les risques reliés à leur développement affectif et cognitif. Les services offerts à la mère s'attardent au développement des compétences parentales. Les intervenants en santé mentale, le psychologue de l'enfant et le psychiatre mettent sur pied des plans d'intervention individualisés.

La mère et l'enfant participent à des sessions de groupe où sont présentés des modèles comportementaux et un contexte social facilitant l'apprentissage. En utilisant des groupes d'activités structurées, principalement des périodes de jeux, on consolide l'attachement, on améliore le contact visuel et on développe le sens de l'observation chez la mère. Chacune des participantes est conviée à tenir un journal de bord qui demeure intime. Chaque

participante est associée à un enseignant, qui devra assurer une coordination et la plupart des mesures de soutien. Des efforts importants sont déployés afin d'intégrer les proches qui ont à cœur le devenir de la mère et de l'enfant. La participation est soutenue par diverses mesures facilitant le transport.

L'intervention débute généralement avant que la mère ne quitte le département d'obstétrique. Bien que les premières visites aient lieu à domicile, mères et enfants sont fortement incités à se diriger vers le centre le plus rapidement possible. On espère ainsi contrer l'isolement. Les mères reçoivent des services de pédiatrie de façon continue. Elles sont suivies sur le plan nutritionnel. Le bien-être de la mère et de l'enfant est évalué tout aussi régulièrement. Si l'état de santé de la mère se détériore ou si la garde est suspendue, mère et enfant peuvent poursuivre leurs interactions, sous supervision, au sein du programme. Des quarante parents qui ont reçu les services de ce programme en deux ans, un seul a dû être hospitalisé.

Living with Under Five (Bassett, Lampe et Lloyd, 2001)

Ce programme australien œuvre auprès des parents aux prises avec des troubles mentaux et de leurs enfants âgés de moins de cinq ans. Deux troncs d'activités sont offerts de façon simultanée. Le premier s'adresse aux parents. Il s'agit d'un programme de développement des compé-

tences parentales qui offre des services psychoéducatifs et des occasions de discuter de toute difficulté liée au fait d'être un parent : alimentation, discipline, jeu, soins aux enfants, organisation en cas de rechute, consolidation du réseau de soutien et accès aux ressources communautaires. Le second tronc s'adresse aux enfants : on leur propose des activités appropriées à leur âge. Parents et enfants sont encouragés à interagir au sein de séances de jeux structurées et non structurées. Ce programme semble répondre à une absence de modèles parentaux stables : la plupart des parents qui participent au programme ont peu de contacts avec leur famille immédiate et étendue. De plus, un grand isolement social caractérise au départ les participants. Les mères sont également sensibilisées aux

signes précurseurs de rechute en vue de prendre les mesures nécessaires afin de prévenir les réadmissions.

Les sessions sont offertes en bloc de dix semaines, à quatre reprises durant l'année. Il s'agit de groupes ouverts : les parents peuvent interagir au sein du groupe autant qu'ils le désirent. Cependant, ils ne peuvent poursuivre les activités du groupe si leur enfant a débuté l'école, s'ils ont perdu la garde ou s'ils s'absentent cinq semaines consécutives sans en discuter avec les responsables. Les intervenants observent des changements positifs dans les habitudes et les routines des parents. De plus, les parents sont davantage conscients des besoins de leurs enfants et plus aptes à répondre à leurs besoins de développement. La fidélité au traitement est accrue, l'accès aux services communautaires s'améliore ; les taux de réadmission psychiatrique et de placements temporaires des enfants diminuent. Les participants affirment recevoir de l'appui et des conseils de la part des intervenants, qu'ils perçoivent comme des modèles. Les parents affirment aussi développer des liens d'amitié avec d'autres participants, qui s'actualisent également hors du groupe.

D'autres alternatives (Lees et al., 2002)

En Colombie-Britannique, le programme *Mothers in Transition* offre des services d'entraide et de soutien aux mères qui ont perdu la garde de leurs enfants. *Parent Link* a mis sur pied un groupe

« Un voisin a déjà dit à mes enfants :
"Dis à ta mère de retourner à l'asile !" »

d'entraide destiné aux parents aux prises avec des troubles mentaux qui désirent éduquer leurs enfants à ce sujet. *Kid link* s'adresse quant à lui aux enfants. Il leur permet de mieux comprendre les problèmes de santé mentale et de sentir qu'ils ne sont pas seuls. Le *Supporting Housing for Single Mothers with Mental Illness* de Vancouver est un programme résidentiel destiné aux mères aux prises avec des troubles mentaux : il s'agit de six unités de logement où elles peuvent recevoir du soutien, développer leurs compétences parentales et recevoir de l'éducation concernant la gestion des symptômes. De plus, un travailleur de repérage actif (*assertive outreach*) se consacre à soutenir les femmes enceintes et les mères d'enfants de moins de deux ans.

Le *Edmonton High Risk Project*, un projet pilote d'Edmonton, examine les besoins en soutien des adolescents dont un des parents est aux prises avec la schizophrénie. L'Association canadienne de santé mentale, section du sud de l'Alberta, parraine un programme pour les familles dont un des parents souffre d'un trouble de l'humeur, intitulé *A Lasting Impression*. Ce programme s'articule autour d'un manuel psychoéducatif qui identifie les besoins des enfants et les formes de soutien à leur donner.

Un programme résidentiel de San Francisco, *Ashbury House*, offre des services résidentiels d'intervention de crise où les mères peuvent recevoir du soutien spécialisé tout en maintenant la garde de leurs enfants. Les parents ont accès à des services psychothérapeutiques et à des services touchant la toxicomanie, l'insertion professionnelle et le développement des compétences parentales. Les enfants bénéficient pour leur part de services de garde, de groupes ludiques et d'activités structurées. *Employment Options* est un club psychosocial destiné aux parents qui assument ou non la garde de leur enfant : ce club offre des services résidentiels, du soutien accessible en toute heure, des visites à domicile et un groupe d'entraide.

Quelques programmes spécifiques de soutien destinés aux enfants ou aux adolescents ont été mis en œuvre en Australie. Le *Gaining Ground Project* s'adresse même aux enfants dont l'anglais n'est pas la langue maternelle. Leur programme de sensibilisation destiné aux intervenants repose sur une formule « former des formateurs ». Il a pour but d'outiller les différents acteurs pour les aider à faire face aux difficultés scolaires et relationnelles ou aux besoins développementaux spécifiques des enfants dont un parent présente un problème de santé mentale.

Une modalité de choix : le développement de plan proactif de soins (Ulysse Agreements)
Les intervenants et les parents discutent ensemble, de façon proactive, sur les mesures qui devront être mises en œuvre à propos de leurs enfants si une rechute survenait. Cependant, il importe de garder à l'esprit que l'efficacité d'un plan

peut n'être mesurée que sur une longue période de temps (entre six mois et plus d'une année). En effet, cette efficacité résulte des forces du réseau de soutien familial (Lees et al., 2002). Ce plan permet aux parents d'exercer un contrôle sur les soins donnés aux enfants et de préciser leurs volontés (Morrow, 2004). S'il n'a pas de valeur légale, il demeure néanmoins l'expression des préoccupations et de volontés du parent lorsqu'il n'est pas en situation de crise (Van Volkingburgh, 2004). De tels plans permettent surtout de

« Comment pouvez-vous établir une relation d'amour avec vos enfants lorsque vous les voyez à peine ? Ils ne vous voient pas régulièrement et vous ne pouvez pas leur démontrer votre amour de la même manière que le font les autres mères... »

minimiser les traumatismes vécus par les parents et leurs enfants lorsqu'une situation de crise est déclenchée ou la garde, suspendue (Morrow, 2004). Ils permettent de réduire l'impact de la peur, de contourner le manque d'autocritique, de résoudre des enjeux de confidentialité et d'améliorer la coordination entre les différents pourvoyeurs de services (Van Volkingburgh, 2004).

Ce plan énumère les personnes concernées et leurs coordonnées. Il fait état des lignes directrices qui devront suivre les proches du parent si son état de santé se détériore significativement. Souvent, les symptômes de la personne y sont énumérés, de même que la réponse du réseau de soutien que souhaite le parent. Les désirs des parents en regard du traitement et de la garde de l'enfant y sont consignés, de même que des directives touchant le consentement substitué et la confidentialité. Les particularités touchant l'enfant, telles que des allergies et sa routine, y sont rapportées. Enfin, le plan comprend une section qui précise une date de réévaluation et les démarches à entreprendre pour rendre caduque ses dispositions. (Lees et al., 2002 ; Van Volkingburgh, 2004).

Un manuel de formation : *Supporting Families with Parental Mental Illness* (Lees et al., 2002 ; Lees, 2004 ; Lees et al., 2004)

Le ministère de la Santé, de l'Enfance et du Développement de la famille de la Colombie-Britannique a publié en 2002 le manuel *Supporting Families with Parental Mental Illness*. Cet ouvrage sert de guide de développement communautaire, proposant du matériel pour des sessions d'informations et de discussions. Il veut susciter un dialogue au

sujet des expériences que vivent les personnes aux prises avec des troubles mentaux et leur famille. Le manuel est divisé en quatre sections. La première veut sensibiliser la communauté aux problèmes de santé mentale et à leur impact sur le rôle de parent et le développement de l'enfant. La deuxième permet aux communautés d'évaluer les services déjà en place. La troisième élabore des modèles de collaboration entre les différents acteurs locaux. La dernière s'attarde à ce que les différents acteurs veulent mettre en œuvre. Le lecteur y trouve également une section fort éducative sur la façon d'échanger avec les parents sur un plan de garde proactif ou sur des mesures de répit advenant une détérioration de la situation qui menacerait temporairement leurs capacités à jouer leur rôle de parent. De plus, le manuel propose une liste de contrôle permettant aux différentes communautés d'évaluer leur mise en œuvre de services adaptés aux besoins des familles. Les lecteurs sont fortement invités à en prendre connaissance. Chacune des sections comprend un plan de la rencontre, des acétates, des notes pour les participants, des notes pour les animateurs et une liste de références complémentaires.

- Ackerson, B.J. (2003). « Coping with dual demands of severe mental illness and parenting : the parents' perspective », *Families in Society : The Journal of Contemporary Human Services*, 84(1), p. 109-118.
- Apfel, R.J., et Handel, M.H. (1993). «Madness and loss of motherhood : sexuality, reproduction and long-term mental illness. Washington : American Psychiatric Press.
- Appleby, L. et Dickens, C. (1993). «Mothering skills of women with mental illness.», *British Medical Journal*, 306, p. 348-349.
- Barocas, R., Seifer, R. et Samoroff, A.J. (1985). « Defining environmental risk : Multiple dimensions of psychological vulnerability », *American Journal of Community Psychology*, 13, 433-447.
- Bassett, H., Lampe, J. et Lloyd, C. (2001). «Living with under-fives : a programme for parents with a mental illness », *British Journal of Occupational Therapy*, 64(1), p. 23-28.
- Bassett, H., Lampe, J., Lloyd, C. (1999) Parenting : « Experiences and feelings of parents with a mental illness », *Journal of Mental Health*, 8(6), p. 597-604.
- Beardslee, W.R., Bemporad, J., Keller, M.B. et Klerman, G.L. (1983). « Children with parents with major affective disorders : A review », *American Journal of Psychiatry*, 140, p. 825-832.
- Beardslee, W.R. et Poderofsky, D. (1988). «Resilient adolescents whose parents have serious affective and other psychiatric disorders : Importance of self-understanding and relationships », *American Journal of Psychiatry*, 145 (1), p. 63-69.
- Beardslee, W.R., Keller, M.B., Seifer, R., Podorefsky, D., Staley, J., Lavori, P.W., et Shera, D. (1996a). « Prediction of adolescent affective disorder : Effects of prior parental affective disorders and child psychopathology », *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(3), p. 279-288.
- Beardslee, W.R., Wright, E.J., Rothberg, P.C., Salt, P. et Versage, E.M., (1996b). «Response of families to two preventive strategies : Long-term differences in behavior and attitude change », *Journal of the American Academy of Child et Adolescent Psychiatry*, 35(6), p. 774-782.
- Beardslee, W.R., Wright, E.J., Salt, P., Drezner, K., Gladstone, T.R.G., Versage, E.M., Rothberg, P.C. (1997a). «Examination of children's responses to two preventive strategies over time », *Journal of the American Academy of Child et Adolescent Psychiatry*, 36(2), p. 196-204.
- Beardslee, W.R., Salt, P., Versage, E.M., Gladstone, T.R.G., Wright, E.J., et Rothberg, P.C. (1997b). « Sustained changes in parents receiving preventive interventions for families with depression », *American Journal of Psychiatry*, 154(4), p. 510-515.
- Biebel, K. (2003). *Working with families living with mental illness : opportunities for prevention and early intervention*. Présentation publiée au www.parentingwell.org. Saisie : 10 septembre 2004.
- Biebel, K. (2004). *Addressing the service needs of parents with mental illness : consensus building and service development at the local level*. Présentation publiée au www.parentingwell.org. Saisie : 10 septembre 2004.
- Biederman, J., Faraone, S.V., Hirshfield-Becker, D.R., Friedman, D., Robin, J.A., et Rosenbaum, J.F. (2001). « Patterns of psychopathology and dysfunction in high-risk children of parents with panic disorders and major depression », *American Journal of Psychiatry*, 158(1), p. 49-57.
- Brunette, M.F., et Dean, W. (2002). «Community mental health care for women with severe mental illness who are parents », *Community Mental Health Journal*, 38 (2), p. 153-166.
- Buckner, J.C., Bassuk, E.L. et Zima, B.T. (1993). « Mental health issue affecting homeless women : implications for interventions », *American Journal of Orthopsychiatry*, 63, p. 385-399.
- Built, A.E., Dennerstein, L. et Burrows, G.D. (1990). « Review of a mother-baby unit in a psychiatric hospital », *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 24, p. 103-108.
- Burton, V.S. (1990). « The consequence of official labels : A research note on rights lost by the mentally ill, mentally incompetent, and convicted felons », *Community Mental Health Journal*, 26(3), p. 267-276.
- Bybee, D., Mowbray, C.T., Oyserman, D., Lewandowski, L. (2003). « Variability in community functioning of mothers with mental illness », *Journal of Behavioral Health Services and Research*, 30(3), p. 269-289.
- Canino, G.J., Bird, H.J., Rubio-Stipec, M., Bravo, M., Algeria, M. (1990). « Children of parents with psychiatric disorder in the community », *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29(5), p. 398-406.
- Chernomas, W.M., Clarke, D.E., et Chilsom, F.A. (2000). « Perspectives of women living with schizophrenia », *Psychiatric Services*, 1(12), p. 1517-1521.
- Chovil, N. (2004). « Talking to children and youth : when it's time to discuss a family member's mental illness or alcohol/drug problem », *Visions : BC's Mental Health and Addiction Journal*, 2(2), p. 35-36.
- Cogan, J. (1998). « The consumer as expert : Women with serious mental illness and their relationship-based needs », *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22(2), p. 142-154.
- Cohler, B.J., et Grunebaum, H. (1983). «Children of parents hospitalized for mental illness : II. The evaluation of an intervention program for mentally ill mothers of young children », *Journal of Children in a Contemporary Society*, 15(1), p. 57-66.
- Cournos, F., Guido, J.R. et Coomaraswamy, S. et al. (1994). « Sexual activity and risk of HIV infection among patients with schizophrenia », *American Journal of Psychiatry*, 151, p. 228-232.
- Coverdale, J.H., McCullough, L.B., Chevernak, F.A., Bayer, T. et Weeks, S. (1997). « Clinical implications of respect of autonomy in the psychiatric treatment of pregnant patients with depression », *Psychiatric Services*, 48(2), p. 209-212.
- Dixon, L., Lyles, A., Scott, J., Lehman, A., Postrado, L., Goldman, H., McGlynn, E. (1998). « Services to families of adults with schizophrenia : from treatment recommendations to dissemination », *Psychiatric Services*, 50(2), p. 233-238.
- Downey, G. et Coyne, J.C. (1990). «Children of depressed parents : An integrative review », *Psychological Bulletin*, 108(1), p. 50-76.
- Empfield, M.D. (2000). « Pregnancy and schizophrenia », *Psychiatric Annals*, 30(1), p. 61-66.
- Farber, R.S. (2004). « Experiences of mothers with disabilities : learning from their voices », Dans S.A. Esdaile et J.A. Olson (Eds.), p. *Mothering occupations : challenge, agency and participation* (193-216). Philadelphie : F.A. Davis.
- Fendrich, M., Warner, V., Weissman, M.M. (1990). « Family risk factors, parental depression and psychopathology in offspring », *Developmental Psychology*, 26(1), p. 40-50.

- Fredman, G. et Fuggle, P. (2000). « Parents with mental health problems : involving the children », Dans P. Reder, M. McClure et A. Jolley (Éds.), *Family matters : interfaces between child and adult mental health* (213-226). Philadelphie : Taylor et Francis Group.
- Gamache, G., Tessler, R.C., et Nicholson, J. (1995). « Child care as a neglected dimension of family burden research », *Research in community and mental health*, 8, p. 63-90.
- Goodman, L.A. et Brumley, H.E. (1990). « Schizophrenic and depressed mothers : relational deficits in parenting », *Developmental Psychology*, 26(1), p. 31-39.
- Goodman, L.A., Rosenberg, S.D., Mueser, K.T., et Drake, R.E. (1997). « Physical and sexual assault history in women with serious mental illness : prevalence, correlates, treatment and future research directions », *Schizophrenia Bulletin*, 23(4), p. 685-696.
- Goodman, L.A. et Gotlib, I.H. (1999). « Risk for psychopathology in the children of depressed mothers : a developmental model for understanding mechanisms of transmission », *Psychological Review*, 106(3), p. 458-490.
- Greaves, L., Varcoe, C., Poole, N., Morrow, M., Johnson, J., Pederson, A., Irwin, L. et al. (2002). *A motherhood issue : discourses on mothering under duress*. Ottawa : Status of Women Canada.
- Grypa, H. (2004). « When a parent is hospitalized for treatment of a mental illness : A research project examining a child's perspective », *Visions : BCS Mental Health and Addiction Journal*, 2(2), p. 8.
- Grypa, H. & Chovil, N. (2004). « Kids in control », *Visions : BC's Mental Health and Addiction Journal*, 2(2), p. 48.
- Hearle, J., Plant, K., Jenner, L. Barkla, J. et McGrath, J. (1999). « A survey of contact with offspring and assistance with child care among parents with psychotic disorders », *Psychiatric Services*, 50(10), p. 1354-1356.
- Hinden, B., Biebel, K., Nicholson, J., Henry, A., et Stier, L. (2002a). *Steps toward evidence-based practices for parents with mental illness and their families*. Rockville : Center for Mental Health Services, Substance Abuse and Mental Health Administration (SAMHSA).
- Hinden, B., Biebel, K., Nicholson, J., & Mehnert, L. (2002). *The invisible children's project : A family-centered intervention for parents with mental illness*. Rockville : Center for Mental Health Services, Substance Abuse and Mental Health Administration (SAMHSA).
- Hoffman, D. et Rosenheck, R. (2001). « Homeless mothers with severe mental illness : Predictors of family reunification », *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25(2), p. 163-169.
- Jacobson T. et Miller, L.J. (1999). « Attachment quality in young children of mentally ill mothers : contributions of maternal caregiving abilities and foster care context », In J. Solomon et C. George (Eds.), *Attachment disorganization* (p. 347-378). New-York : Guilford Press.
- Joseph, J.G., Joshi, S.V., Lewin, A.B. et Abrams, M. (1999). « Characteristics and perceived needs of mothers with serious mental illness », *Psychiatric Services*, 50(10), p. 1357-1359.
- Judas, J. (2004). « Women with mental illness are still losing their children », *Visions : BCS Mental Health and Addiction Journal*, 2(2), p. 12-13.
- Kendler, K.S., et Diehl, S.R. (1993). « The genetics of schizophrenia : A current, genetic-epidemiologic perspective », *Schizophrenia Bulletin*, 19(2), p. 261-285.
- Kessler, R.C., McGonagle, K.A., Zhao, S., Nelson, C.B., Hugues, M., Eshleman, Wittchen, H.U. et Kendler, K.S. (1994). « Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States », *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- Lacoursière, R.B. (1972). « Fatherhood and mental illness : a review and new material », *Psychiatric Quarterly*, 46(1), p. 109-124.
- Leathers, S.J. (2002). « Parental visiting and family reunification : Could inclusive practice make a difference? », *Child welfare*, 81(4), p. 595-616.
- Lees, R. (2004). « We've come a way, but not far enough : Supporting families with parental mental illness », *Visions : BCS Mental Health and Addiction Journal*, 2(2), p. 4-6.
- Lees, R., Blume, D., Brindamour, L., Chovil, N., Gryba, H., Macnaughton, E., et Van Volkingburgh (2002). *Supporting families with parental mental illness : a community education and development workshop. Attraining tool for communities to organize services to support families*, Ministry of Health and Ministry of Children and Family Development, Government of British Columbia.
- Lees, R., Blume, D., Brindamour, L., Chovil, N., Gryba, H., Macnaughton, E., et Van Volkingburgh (2004). « Supporting families with parental mental illness manual : a training tool for communities to organize services to support families », *Visions : BC's Mental Health and Addiction Journal*, 2(2), p. 42-43.
- Leverton, T.J. (2003). « Parental psychiatric illness : the implications on children », *Current Opinion in Psychiatry*, 16, p. 395-402.
- Lieberman, H.J., Campanelli, P.C., Ades, Y., Cruz, T., Nagel, L., Palmer, J. (1999). « Reunifying single parent families with special needs », *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 23(1), p. 42-46.
- Llewellyn, G., et McConnell, D. (2004). « Mothering capacity and social milieu », Dans S.A. Esdaile et J.A. Olson (Eds.), *Mothering occupations : challenge, agency and participation* (p. 174-192). Philadelphie : F.A. Davis.
- Macnaughton, E. (2004). « Early intervention and the needs of offspring », *Visions : BC's Mental Health and Addiction Journal*, 2(2), p. 34.
- Marsh, D.T., Appleby, N.F., Dickens, R.M., Owens, M. et Young, N.O. (1993). « Anguished voices : Impact of mental illness on siblings and children », *Innovations and Research*, 2(2), p. 25-33.
- McGrew, J.H., Wilson, R.G., et Bond, G.R. (1996). « Client perspectives on helpful ingredients on assertive community treatment », *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 19(3), p. 13-21.
- McKay, E.A. (2004). « Mothers with mental illness : An occupation interrupted », Dans S.A. Esdaile et J.A. Olson (Eds.), *Mothering occupations : challenge, agency and participation* (p. 238-258). Philadelphie : F.A. Davis.
- McLennan, J.D., et Ganguli, R. (1999). « Family planning and parenthood needs of women with mental illness : clinicians' perspective », *Community Mental Health Journal*, 35(4), p. 369-380.
- Melhuish, E.C., Gambles, C., et Kumar, R. (1988). « Maternal mental illness and the mother-infant relationship », In R. Kumar et I.F. Grockington (Eds.), *Motherhood and mental illness : Causes and consequences* (p. 191-211). Toronto : Wright.
- Miller, L.J. (1990). « Psychotic denial of pregnancy : phenomenology and clinical management », *Hospital and Community Psychiatry*, 41(11), p. 1233-1237.
- Miller, L.J. (1997). « Sexuality, reproduction and family planning in women with schizophrenia », *Schizophrenia Bulletin*, 23, p. 623-635.

- Miller, L.J. et Finnerty, M. (1996). «Sexuality, pregnancy and childbearing among women with schizophrenia-spectrum disorders », *Psychiatric Services*, 47, p. 502-506.
- Miller, L.J., Resnick, M.P., Williams, M.H. et Bloom, J.D. (1990). « The pregnant psychiatric inpatient : A missed opportunity », *General Hospital Psychiatry*, 12(6), p. 373-378.
- Morris, S.K. et Schinke, S.P. (1990). «Treatment needs and services for mothers with a dual diagnosis : Substance abuse and mental illness », *Journal of Offender Counseling, Services and Rehabilitation*, 15(1), p. 65-84.
- Morrow, M. (2002). *Violence and trauma in the lives of women with serious mental illness : current practices in service provision in British Columbia*. Vancouver : British Columbia Centre for Excellence for Women's health.
- Morrow, M. (2004). « Mothering under duress : invisibility of mothers with mental illness », *Visions : BCS Mental Health and Addiction Journal*, 2(2), p. 10-11.
- Morrow, M. et Chappell, M. (1999). *Hearing women's voices : mental health care for women*. Vancouver : British Columbia Centre for Excellence for Women's health.
- Mowbray, C.T., Oyserman, D. et Ross, S. (1995a). « Parenting and the significance of children for women with serious mental illness », *Journal of Mental Health Administration*, 22, p. 189-200.
- Mowbray, C.T., Oyserman, D., Zemencuk, J.K. et Ross, S.R. (1995b). « Motherhood for woman with serious mental illness : pregnancy, childbirth and the postpartum period », *American Journal of Orthopsychiatry*, 65(1), p. 21-38.
- Mowbray, C.T., Schwartz, S., Bybee, D., Spang, J., Rueda-Riedle, A. et Oyserman, D. (2000a). « Mothers with a mental illness : stressors and resources for parenting and living », *Families in society*, 81(2), p. 118-129.
- Mowbray, C.T., Oyserman, D. et Bybee, D. (2000b). « Mothers with serious mental illness », *New Directions in Mental Health*, 88, p. 73-91.
- Mowbray, C.T., Oyserman, D., Bybee, D., MacFarlane, P. et Rueda-Riedle, A. (2001). « Life circumstances of mothers with serious mental illness », *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25(2), p. 114-123.
- Mowbray, C.T., Oyserman, D., Bybee, D. et MacFarlane, P. (2002). « Parenting of mothers with serious mental illness : differential effects of diagnosis, clinical history and other mental health variables », *Social Work Research*, 26 (4), p. 225-240.
- Mueser, K.T., Bond, G.R., Drake, R.E. et Resnick, S.G. (1998). « Models of community care for severe mental illness : A review of research on case management », *Schizophrenia Bulletin*, 24(1), p. 37-74.
- Mullnick, M., Miller, L.J. et Jacobsen, T. (2001). « Insight into mental illness and child maltreatment risk among mothers with major psychiatric disorders », *Psychiatric Services*, 52(4), p. 488-492.
- National Mental Health Association (2003). « When a parent has a mental illness : issues and challenges », *Strengthening the family fact sheet*. www.nmha.org, December 2, 2003.
- Nicholson, J. (2003a). *Working with families living with parental mental illness*. Présentation publiée au www.parentingwell.org. Saisie : 10 septembre 2004.
- Nicholson, J. (2003b). *The parenting role of adults with mental illness : recognizing parents' abilities*. Présentation publiée au www.parentingwell.org. Saisie : 10 septembre 2004.
- Nicholson, J., Geller, J.L., Fisher, W.H. et Dion, G.L. (1993). « State policies and programs that address the needs of mentally ill mothers in the public sector », *Hospital and Community Psychiatry*, 44(5), p. 484-489.
- Nicholson, J. et Blanch, A. (1994). Rehabilitation for parenting roles for people with serious mental illness », *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 18(1), p. 109-119.
- Nicholson, J., Geller, J.L. et Fisher, W.H. (1996). « "Sylvia Frumkin" has a baby : A case study for policymakers », *Psychiatric Services*, 47(5), p. 497-501.
- Nicholson, J., Sweeney, E.M. Geller, J.L. (1998a). « Focus on women : mothers with mental illness : I. The competing demands of parenting and living with mental illness », *Psychiatric Services*, 49, p. 635-642.
- Nicholson, J., Sweeney, E.M. Geller, J.L. (1998b). « Focus on women : mothers with mental illness : II. Family relationships and the context of parenting », *Psychiatric Services*, 49, p. 643-649.
- Nicholson, J., Nason, M.W., Calabresi, A.O. et Yando, R. (1999). « Fathers with severe mental illness : characteristics and comparisons », *American Journal of Orthopsychiatry*, 69(1), p. 134-141.
- Nicholson, J., Biebel, K., Hinden, B., Henry, A. et Stier, L. (2001). « *Critical issues for parents with mental illness and their families*. Rockville : Center for Mental Health Services, Substance Abuse and Mental Health Administration (SAMHSA).
- Nicholson, J. et Biebel, K. (2002). «Commentary on "Community mental healthcare for women with severe mental illness who are parents" – The tragedy of missed opportunities : What providers can do », *Community Mental Health Journal*, 38(2), p. 167-172.
- Nicholson, J., Hinden, B., Biebel, K., Henry, A. et Stier, L. (2004). « Programs for families with parental mental illness : results of a US National Survey », *Visions : BCS Mental Health and Addiction Journal*, 2(2), p. 27-29.
- Oates, M. (1988). « The development of an integrated community-oriented service for severe postnatal mental illness », In R. Kumar & I.F. Grockington (Eds.), *Motherhood and mental illness : Causes and consequences* (p. 133-158). Toronto : Wright.
- Opacich, K. et Savage, T. (2004). « Mothers with chronic illness : reconstructing occupation », Dans S.A. Esdaile et J.A. Olson (Eds.), *Mothering occupations : challenge, agency and participation* (p. 217-237). Philadelphie : F.A. Davis.
- Oyserman, D., Mowbray, C.T. et Zemencuk, J. (1994). « Resources and supports for mothers with severe mental illness », *Health and Social Work*, 19(2), p. 132-142.
- Oyserman, D., Mowbray, C.T., Meares, P.A. et Firmington, K.B. (2000). «Parenting among mothers with a serious mental illness », *American Journal of Orthopsychiatry*, 70(3), p. 296-315.
- Oyserman, D., Bybee, D., Mowbray, C. (2002). « Influences of maternal mental illness on psychological outcomes for adolescent children », *Journal of Adolescence*, 25(6), p. 587-602.
- Patterson, J., Mockford, C., Barlow, J., Pyper, C., Stewart-Brown, S. (2002a). «Need and demand for parenting programmes in general », *Archives of Disease in Childhood*, 87(6), p. 467-471.
- Patterson, J., Barlow, J., Mockford, C., Klimes, I., Pyper, C., Stewart-Brown, S. (2002b). « Improving mental health through parenting programmes : block randomized controlled trial », *Archives of Disease in Childhood*, 87(6), p. 473-477.
- Quan, J., Seeman, M.V., et Clodman, D. (2004). « A clinic for women with schizo-

- phrenia : building skills for life and parenthood », *Visions : BC's Mental Health and Addiction Journal*, 2(2), p. 37-39.
- Radke-Yarrow, M., McCann, K., DeMulder, E., Belmont, B., Martinez, P., et Richardson, D.T. (1995). « Attachment in the context of high-risk conditions », *Development and Psychopathology*, 7(2), p. 247-265.
- Ramchandani, P et Stein, A. (2003). « The impact of parental psychiatric disorders on children : Avoiding stigma, improving care », *British Medical Journal*, 327(7409), p. 242-243.
- Ratzlaff, J. (2004). « The Super Saturday Club : social and leisure fun for kids living with parental mental illness », *Visions : BC's Mental Health and Addiction Journal*, 2(2), p. 46-47.
- Read, J. et Baker, J. (1996). *Not just sticks and stones : A survey of the stigma, taboos and discrimination experienced by people with mental health problems*. London : MIND.
- Riebschleger, J. (2004). « Good days and bad days : The experiences of children of a parent with a psychiatric disability », *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 28(1), p. 25-31.
- Riordan, D., Appleby, L., et Faragher, B. (1999). « Mother-infant interaction in post-partum women with schizophrenia and affective disorders », *Psychological Medicine*, 29(4), p. 991-995.
- Ritsher, J.E., Coursey, R.D., et Farrell, E.W. (1997). « A survey on issues in the lives of women with severe mental illness », *Psychiatric Services*, 48(10), p. 1273-1282.
- Robertson, M.J. (1991). « Homeless women with children », *American psychologist*, 46, p. 1198-1204.
- Robertson, M.J., et Winkelby, M.A. (1996). « Mental health problems of homeless women and differences across subgroups », *Annual Review of Public Health*, 17, p. 311-336.
- Rogosh, F.A., Mowbray, C.T., Bogat, A.G. (1992). « Determinants of parenting attitudes in mothers with severe psychopathology », *Development and Psychopathology*, 4(3), p. 469-487.
- Sameroff, A.J. et Seifer, R. (1983). « Familial risk and child competence », *Child development*, 54, p. 1254-1268.
- Sands, R. (1995). « The parenting experience of low-income single women with a serious mental disorder », *Families in Society, February*, p. 86-95.
- Schwab, B., Clark, R., Drake, R. (1991). « An ethnographic note on clients as parents », *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 15, p. 95-99.
- Silverman, M.M. (1989). « Children of psychiatrically ill parents : A prevention perspective », *Hospital and Community Psychiatry*, 40(12), p. 1257-1265.
- Singer, J., Tang, S. et Berelowitz, M. (2000). « Needs assessment in the children of parents with major psychiatric illness », Dans P. Reder, M. McClure et A. Jolley (Éds.), *Family matters : interfaces between child and adult mental health* (p. 192-209). Philadelphie : Taylor et Francis Group.
- Smith, E.M. et North, C.S. (1994). « Not all homeless mothers are alike : Effects of motherhood and the presence of children », *Community Mental Health Journal*, 30, p. 601-610.
- Stefan, S. (1988). « Whose egg is it anyway? : Reproductive rights of incarcerated, institutionalized and incompetent women », *Nova Law Revised*, 13, p. 405-456.
- Tamarit, L.M. et Yin-Har Lau, A. (1999). « Children's needs when their mothers are admitted to psychiatric units », *Psychiatric Bulletin*, 23, 214-217.
- Tannenbaum, L. et Forehand, R. (1994). « Maternal depressive mood : the role of father in preventing adolescent problem behaviours », *Behaviour Research and Therapy*, 32(3), p. 321-325.
- Thrasher, S.P., et Mowbray, C.T. (1995). « A strengths perspective : an ethnographic study of homeless women with children », *Health and Social Work*, 20(2), p. 93-101.
- Tienari, P., Wynne, P.L., Moring, J. et Lahti, I (1994). « The Finnish adoptive family study of schizophrenia : Implications for family research », *British Journal of Psychiatry*, 164(23), p. 20-26.
- Todd, R.D., Reich, W., Petti, T.A., Joshi, P., DePaulo, R., Nurnberger, J. et Reiser, T. (1996). « Psychiatric diagnoses in the child and adolescent members of extended families through affective bipolar disorder probands », *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(5), p. 664-671.
- Van Volkingburgh, S. (2004). « Working together with parents with mental illness to maintain their child's mental health », *Visions : BC's Mental Health and Addiction Journal*, 2(2), p. 32-33.
- Waldo, M.C., Roath, M., Levine, W. et Freedman, R. (1987). « A model program to teach parenting skills to schizophrenic mothers », *Hospital and Community Psychiatry*, 38(10), p. 1110-1112.
- Wang, A. et Goldschmidt, V. (1996). « Interviews with psychiatric inpatients about professional intervention with regard to their children », *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 93, p. 57-61.
- Warner, V., Mufson, L. et Weissman, M. (1995). « Offsprings at high and low risk for depression and anxiety : Mechanisms of psychiatric disorder », *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34(6), p. 786-797.
- Weintraub, S. (1987). « Risk factors in schizophrenia : The Stony Brook high-risk project », *Schizophrenia*, 13(3), p. 439-449.
- White, C.L., Nicholson, J., Fisher, W.H. et Geller, J.L. (1995). « Mothers with severe mental illness caring for children », *Journal of Nervous and Mental Disease*, 183, p. 398-403.
- Zeitz, M.A. (1995). « The mother's project : a clinical case management », *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 19(1), p. 55-62.
- Zemencuk, J., Rogosh, F.A., Mowbray, C.T. (1995). « The seriously mentally ill woman and the role of parent : Characteristics, parenting sensitivity and needs », *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 18(3), p. 77-91.
- Zlotnick, C., Robertson, M.J., Wright, M.A. (1999). « The impact of childhood foster care and other out-of-home placement on homeless women and children », *Child Abuse and Neglect*, 23(11), p. 1057-1068.

www.aqrp-sm.ca

Pour être branché sur l'actualité et l'innovation en réadaptation psychosociale, consultez dès janvier 2005 le site Internet de l'AQRP.



**ASSOCIATION
QUÉBÉCOISE POUR
LA RÉADAPTATION
PSYCHOSOCIALE**

▲ À surveiller!

Surveillez notre correspondance, annonce imminente pour

- un symposium sur la réadaptation psychosociale et les réseaux locaux en santé mentale, en 2005,*
- le XIII^e Colloque de l'AQRP au printemps 2006.*

▲ Maintenant disponible

Pour une organisation des services en santé mentale fondée sur la réadaptation psychosociale et le rétablissement

Avis de l'AQRP en lien avec la préparation des orientations et du Plan d'action en santé mentale du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, octobre 2004.

*Commandez votre exemplaire en communiquant avec nous :
aqrp@qc.aira.com ou (418) 842 4004 ou consultez-le
en ligne dès janvier 2005 : www.aqrp-sm.ca.*