

## Article

---

« Réflexion sur les services aux familles dont la mère souffre d'un trouble de santé mentale (TSM) »

Monique Carrière, Michèle Clément, Sylvie Tétreault, Geneviève Pépin, Mireille Fortier et Steve Paquet

*Santé mentale au Québec*, vol. 35, n° 2, 2010, p. 185-208.

Pour citer cet article, utiliser l'information suivante :

URI: <http://id.erudit.org/iderudit/1000559ar>

DOI: 10.7202/1000559ar

Note : les règles d'écriture des références bibliographiques peuvent varier selon les différents domaines du savoir.

---

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter à l'URI <http://www.erudit.org/apropos/utilisation.html>

---

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. Érudit offre des services d'édition numérique de documents scientifiques depuis 1998.

Pour communiquer avec les responsables d'Érudit : [erudit@umontreal.ca](mailto:erudit@umontreal.ca)



## Réflexion sur les services aux familles dont la mère souffre d'un trouble de santé mentale (TSM)

---

Monique Carrière\*

Michèle Clément\*\*

Sylvie Tétreault\*\*\*

Geneviève Pépin\*\*\*\*

Mireille Fortier\*\*\*\*\*

Steve Paquet\*\*\*\*\*

Cet article présente les résultats d'une recherche réalisée entre 2004 et 2006 à Québec. Le but de la recherche est l'examen des services aux familles dont la mère souffre d'un trouble de santé mentale (TSM). Les auteurs examinent les expériences et les points de vue des parents atteints d'un TSM, des conjoints et des enfants sur les services offerts à leur famille; ils se penchent aussi sur l'organisation, les assises et le contexte des actions et des interactions des acteurs de différents secteurs dans le champ des services aux familles dont un parent présente un TSM. Les auteurs estiment que malgré les bonnes intentions, les membres des familles dont la mère souffre d'un TSM ne bénéficient pas d'une véritable approche familiale.

**B**ien que le Québec se préoccupe de la situation des familles en général et de celles où il y a des troubles de santé mentale en particulier, et que sa volonté de mieux soutenir les familles s'inscrit dans ses politiques, les membres des familles dont la mère souffre d'un TSM reçoivent des services fragmentés. La famille en tant qu'unité n'a encore que peu de place. Les membres des familles interrogés (mères, conjoints et adolescents) relatent que là où ils souhaitent un soulagement, un soutien, une reconnaissance de leur rôle parental et de l'unité familiale,

\* Ph.D., Université Laval, Groupe de Recherche sur l'Inclusion sociale, l'Organisation des Services et l'Évaluation en Santé Mentale (GRIOSE-SM).

\*\* Ph.D., GRIOSE-SM.

\*\*\* Ph.D., Université Laval.

\*\*\*\* Ph.D., GRIOSE-SM.

\*\*\*\*\* M.A., GRIOSE-SM.

\*\*\*\*\* M.A., GRIOSE-SM.

ils enregistrent plutôt une évaluation de leur compétence, un appel aux changements et un morcellement des interventions dans des systèmes distincts et rigides. Les intervenants corroborent ces propos et affirment que certains ne sont pas formés adéquatement pour aborder les problèmes de santé mentale, alors que d'autres se sentent mal à l'aise d'intervenir auprès de ces familles. L'action des intervenants se retrouve parfois coincée entre la protection des enfants et le soutien aux parents, la collaboration étant compromise par la méconnaissance et l'incompréhension de part et d'autres.

Depuis les années 1980, le Québec a inscrit dans ses politiques, ses orientations et ses plans d'action, sa volonté de mieux soutenir les familles (Gouvernement du Québec, 1989, 1992, 1998a, 1998b, 1999, 2001, 2004, 2005). Et depuis 1998, le gouvernement reconnaît la parentalité des personnes qui ont des troubles mentaux (Gouvernement du Québec, 1998b). En 2005, il ajoute qu'il faut favoriser la participation des usagers et des familles aux décisions qui les concernent (Gouvernement du Québec, 2005). Malgré ces intentions et les actions posées, principalement par l'entremise des organismes communautaires (groupes de familles et amis de la personne atteinte de maladie mentale), il y a encore peu de mesures de soutien offertes aux familles et aux enfants dont un parent a une maladie mentale (Boily et al., 2006). Les familles et les proches continuent de s'essouffler (Gouvernement du Québec, 1997; Cresson, 2006) et la collaboration avec les intervenants demeure déficiente (Perreault et al., 2002). Lorsque c'est la mère de famille qui souffre d'un TSM, les principes généraux de soutien à la famille semblent relégués au second plan dans un souci de protection de l'enfant. La *Loi sur la protection de la jeunesse du Québec* (2006) vise les enfants, si bien que si un doute survient sur leur sécurité ou leur développement, ce sont les parents qui sont évalués. Ces derniers sont donc appelés à collaborer pour corriger la situation et mieux assurer leur responsabilité parentale. La *Politique de la famille* (2001) prévoit des mesures sur les services de garde, les allocations et les congés parentaux mais n'aborde pas les manières de soulager les membres des familles vulnérables où un parent a une maladie mentale.

## **Problématique**

Au Québec, les services périnataux et préscolaires interviennent auprès des parents vulnérables par l'intermédiaire des centres locaux de services communautaires (CLSC), des centres de la petite enfance (CPE), des maternelles pour les quatre ans et des groupes communautaires de répit et de stimulation. Lorsqu'il y a constat de négligence

dans une situation familiale, un signalement peut être fait. Une demande de protection peut s'ensuivre et parfois entraîner le retrait de l'enfant. Selon Boily et al. (2006), les parents qui ont des TSM perdent plus souvent la garde de leurs enfants que les autres parents; s'il y a négligence ou abus, la perte risque d'être encore plus rapide et plus définitive. Le Centre Jeunesse de Québec offre des services d'adaptation, de réadaptation et d'intégration sociale à des mères qui ont des difficultés (comportementales, psychosociales, familiales) et qui ont un enfant de moins de 5 ans (Centre Jeunesse de Québec — Institut universitaire, 2006). Pour les parents avec un trouble grave de santé mentale, la situation n'est pas toujours évidente et la prise en charge n'est pas systématique (Boily, 2000; Boily et al., 2006).

Être parent est une étape marquante dans la vie d'une personne. Être parent est un rôle lourd de responsabilités liées à la sécurité et au développement de l'enfant. Lieu par excellence du développement de l'identité et de l'épanouissement de soi (Belleau, 2004), la famille a un rôle social. De son côté, l'environnement social exerce une influence sur le sentiment de compétence des parents et sur le fonctionnement familial. De fait, la société se montre exigeante vis-à-vis des parents (Cyrulnik, 2002; Gouvernement du Québec, 1998b). Selon Burton-Jeangros (2006), les attentes de la santé publique ont changé face aux familles au point que de plus en plus d'experts imposent leurs normes de bonne santé et de bonne conduite à la population (O'Neill et al., 2006; Massé, 2006), aux familles et aux parents (Burton-Jeangros, 2006; Fortin et Gagnon, 2007). Si la tâche d'éduquer un enfant constitue un défi en soi, elle est plus susceptible de devenir problématique pour une personne atteinte d'un TSM (Boily et al., 2006). La présence d'une maladie mentale chez un parent peut entraîner des problèmes conjugaux (Davey et al., 2006) — 50 % des mères avec un TSM sont monoparentales (Oyserman et al., 1994) — et une perturbation des interactions parents-enfants. Cette perturbation affecte la compétence parentale, compromet le bien-être et le développement harmonieux de l'enfant, voire entraîne parfois de la négligence parentale (Rutter, 1990). Les parents avec une maladie mentale ont des problèmes liés à la motivation. Cette basse motivation a un impact sur la sécurité personnelle, l'autonomie et les soins personnels des enfants à charge, la démotivation réduisant la participation et les interactions avec l'enfant (Thomas et Kalucy, 2003). D'autres chercheurs (Seifer et Dickstein, 2000; Byrne et al., 2001) rapportent l'existence d'un risque élevé de développer une ou plusieurs psychopathologies à cause du bagage génétique, de l'interférence négative des relations parents-enfants et de l'environnement familial perturbé.

La pauvreté et l'absence d'emploi, souvent associées à la maladie mentale, constituent une source de stress pour les mères (Mowbray et al., 2000). Les difficultés financières influencent la qualité de vie et la santé mentale de tous les membres de la famille (Linver et al., 2002 ; Robichaud, 1994). Une étude en Colombie-Britannique montre que 62 % des femmes avec une maladie mentale perdent la garde de leur(s) enfant(s) (Judas, 2004). La même étude montre que les hospitalisations, les divorces et les autres difficultés liées à la monoparentalité sont les principales causes de retrait de l'enfant de sa mère. Une autre étude montre une diminution des symptômes dépressifs chez une femme en postpartum lorsque son revenu augmente et vice versa (Dearing et al., 2004).

Malgré les risques élevés de tous ordres, la majorité des enfants surmonte les difficultés associés aux problèmes de leurs parents et mène une vie normale (Boily et al., 2006 ; Cyrulnik, 2004). Des facteurs contribueraient à protéger les enfants, c'est-à-dire à les rendre « résilients » (Boily et al., 2006 ; Cyrulnik, 2002 ; Guedeney, 1998 ; Vitaro et al., 2004). Trois grandes catégories de facteurs augmenteraient la résilience des enfants dont un parent souffre d'un TSM : l'humeur de l'enfant, l'environnement familial et la présence d'un soutien externe à la famille (Garley et al., 1997 ; Guedeney, 1998). Les chercheurs suggèrent les orientations suivantes : favoriser l'expression des sentiments et la compréhension de la maladie, et la discussion avec le conjoint et les enfants (Focht-Birkerts et Beardslee, 2000 ; Pitman et Matthey, 2004 ; Riebschleger, 2004) ; favoriser une plus grande cohésion familiale et le développement d'un réseau social et de soutien (Cyrulnik, 2002 ; Garley et al., 1997 ; Guedeney, 1998) ; mettre en place des groupes de soutien pour les conjoints (Davey et al., 2006) et, valider les forces maternelles (Oyserman et al., 1994 ; Oyserman et al., 2000). D'autres auteurs soulignent le besoin de collaboration ou d'intégration des services destinés aux adultes et aux enfants, le développement de liens avec les services communautaires et la mise en place d'interventions précoces en période prénatale (Pomerleau et al., 2000 ; Stallard et al., 2004) et à long terme (Brunette et Dean, 2002).

Il n'existe pas de données précises au Québec sur le nombre d'enfants dont l'un des parents souffre d'un TSM, ni sur le nombre de personnes atteintes qui sont parents. Cependant, l'analyse de données américaines suggère que les personnes avec un TSM se retrouvent autant, sinon plus, dans la position de parents que les personnes qui n'ont pas de troubles mentaux (Nicholson et Biebel, 2002). Les chiffres du National Comorbidity Survey (Nicholson et al., 2001) indiquent

qu'aux États-Unis, 31 % des femmes et 17 % des hommes peuvent souffrir d'un trouble psychiatrique au cours d'une période de 12 mois, dont 65 % sont mères, 52 % pères. En Suède, une étude effectuée en trois temps (1986, 1991, 1997) a démontré que, malgré les années, le taux de parents (avec des enfants mineurs) hospitalisés en psychiatrie reste à peu près constant. Ainsi, 28 % des patients sont des parents d'enfants mineurs. Pour 75 % de ces patients-parents, ce sont eux qui ont la garde de l'enfant. De ces parents qui ont la garde, 86 % sont des femmes (Ostman et Hansson, 2002). Enfin, une étude québécoise réalisée auprès d'un échantillon d'environ 250 personnes indique que le co-résidant de la personne atteinte de maladie mentale est l'enfant de cette dernière dans 33 % des cas (Saint-Laurent, 1993).

Les rares projets d'intervention mis en place depuis peu au Québec ciblent, d'une part, les enfants en leur offrant une forme de soutien et d'accompagnement en vue de soulager leur souffrance et de prévenir l'apparition de problèmes. D'autre part, dans le suivi des personnes atteintes, qui vise leur participation sociale et leur empowerment, on tente de les aider dans leur rôle de parent, mais on semble accorder plus d'attention à leur rôle de travailleur. Dans cet esprit, un programme double « santé mentale-famille » a été mis en place au CLSC Orléans du CSSS Québec-Nord dans la région de la Capitale-Nationale. Il vise à maintenir la famille unie malgré les troubles mentaux d'un parent, à briser son isolement, à contenir les problèmes mentaux et à viser la santé mentale. Plus récemment, un groupe communautaire appelé « Parents Espoir » est né dans la même région pour offrir du soutien à ces personnes et développer leurs compétences parentales. De plus, des cliniciens commencent à s'intéresser à la psychiatrie périnatale et en font une spécialité. Par exemple, un programme-clientèle de psychiatrie périnatale a été développé à l'Institut universitaire en santé mentale de Québec pour les femmes pendant leur grossesse et les deux années qui suivent leur accouchement. Enfin, des acteurs de différents établissements de la même région ont décidé de collaborer davantage afin d'offrir des services mieux intégrés aux membres de ces familles. Ces innovations apparaissent dans le courant de transformation continue des pratiques sociales en santé mentale. Elles s'insèrent dans un contexte de complexité et d'hypersectorisation des clientèles, des problématiques et des services (Hoagwood et Olin, 2002 ; White et al., 2002). Toutefois, ces initiatives demeurent isolées : elles visent tantôt les parents qui ont un TSM, tantôt leurs enfants. Les besoins des adultes sont évalués séparément de ceux des enfants et les interventions qui visent à résoudre les problèmes des membres d'une même famille s'inscrivent souvent dans des programmes indépendants les uns des autres. Ici comme

ailleurs, la collaboration entre les intervenants et l'action intersectorielle s'avère difficile (Byrne et al., 2001 ; Fournier et al., 2001 ; Larivière, 2001 ; Safnuk et al., 2002).

Les problèmes de santé mentale touchent la famille, c'est connu, c'est une réalité qu'il faut prendre en compte et qui renvoie à la question de pratique centrée sur la famille ou d'approche familiale. Malgré les discours faisant la promotion de services intégrés, la tendance est au réductionnisme et à la fragmentation des interventions ; la pratique doit être fondée sur les données probantes et doit obéir à la spécialisation des rôles. Par ailleurs, les ressources restent sensiblement constantes en santé mentale et en protection de la jeunesse malgré l'augmentation des demandes d'aide. Les interventions plus holistiques, où la complexité des rapports familiaux est prise en compte, trouvent mal leur place dans ce contexte.

### **Stratégie de recherche**

L'étude exploratoire effectuée entre 2004 et 2006 au Québec poursuivait trois objectifs : documenter les éléments à l'œuvre dans l'actuelle émergence des services aux familles, identifier les mesures les plus appropriées pour favoriser la convergence des actions intersectorielles et déterminer les conditions propices à l'implantation de réseaux de services intégrés. Elle s'est inscrite dans une approche constructiviste et s'est appuyée sur la théorie de la structuration du sociologue britannique Anthony Giddens (1987). La parole a été donnée aux acteurs concernés pour connaître les représentations que chacun se forge sur le vécu des familles dont un parent a un TSM. Leur motivation, leur rationalité et leur réflexion ont été considérées attentivement puisqu'elles guident leurs actions. Celles-ci ont ensuite été examinées dans leur rapport dialectique avec l'ensemble des règles et des ressources que les acteurs constituent ou mobilisent pour agir à travers leurs pratiques habituelles. Ces routines reflètent cette dialectique « action-structurel ». Les actions sont distinguées des intentions des acteurs comme elles le sont de leurs conséquences car ceux-ci n'arrivent pas toujours à faire ce qu'ils veulent faire, faisant des choses qu'ils ne pensaient pas faire. L'action est intentionnelle mais les conséquences ne le sont pas toujours. En combinant dans une approche inductive l'analyse des conduites stratégiques de tous les acteurs et l'analyse institutionnelle des différentes organisations concernées, il a été possible de dresser un portrait dynamique du champ des services destinés aux familles dont un parent a un TSM grave et d'expliquer ce qui s'y passe.

Dans cette étude, cinq principales questions ont été posées mais cet article n'aborde que les trois premières :

1. Quels sont les expériences et les points de vue des parents atteints d'un TSM, des conjoints et des enfants sur les services offerts à leur famille ?
2. De qui est constitué le champ des services aux familles dont un parent présente un TSM ? Comment est-il organisé ? Comment fonctionne-t-il ?
3. Quelles sont les assises et le contexte des actions et des interactions entre les acteurs de différents secteurs dans le champ des services aux familles dont le parent est atteint d'un TSM ?
4. Quels sont les facteurs qui favorisent ou entravent l'intégration des services aux familles dont un parent est atteint d'un TSM ?
5. Quels moyens suggèrent les acteurs pour aplanir les frontières sectorielles, et parvenir à une intégration des services à ces familles en vue de favoriser la résilience des enfants et la compétence parentale ?

La population à l'étude est constituée de l'ensemble des acteurs du champ des services à ces familles (participants rattachés aux services et membres des familles) dans une perspective intersectorielle. De manière plus spécifique, cette étude s'articule autour des familles où c'est la mère qui est atteinte. Ce choix reflète trois faits : le rôle de premier plan de la mère auprès de l'enfant ; le nombre élevé de recherches sur l'impact de la maladie mentale de la mère sur ses enfants ; le fait que la maladie de la mère soit plus fortement associée que celle du père à une psychopathologie chez l'enfant (Rutter, 1990 ; Boily et al., 2006). L'étude a été réalisée auprès de la population francophone du secteur urbain de la région de la Capitale-Nationale du Québec. On retrouve dans cette sous-région une variété d'acteurs et d'organismes susceptibles d'être inclus dans le champ sur lequel porte la recherche. Ces organismes sont les centres hospitaliers (CH), les centres de santé et de services sociaux (CSSS), le centre jeunesse (CJ), le milieu de l'éducation et les différents organismes du milieu communautaire (OC).

L'échantillonnage a été de nature non probabiliste. Une méthode dite « boule de neige » a été utilisée, c'est-à-dire qu'un premier noyau d'individus de la population nous conduit à d'autres éléments qui font de même et ainsi de suite. L'échantillon intentionnel des participants familiaux est composé de trois types de membres : les mères atteintes d'un TSM grave, les conjoints dont la femme a un TSM grave et les enfants dont la mère souffre d'un TSM grave. Les mères, les conjoints et les enfants appartiennent à des familles différentes. Cela élimine les



sentiments de gêne ou de méfiance qui auraient pu survenir autrement. Les mères participantes ont été recrutées par un psychiatre ou des intervenants d'un programme de CLSC dédié à la santé mentale et à la famille. Les conjoints ont été recrutés comme les mères, par l'intermédiaire de l'organisme de soutien aux parents et proches de la région. Les jeunes ont été rejoints par l'intermédiaire du même groupe communautaire de soutien ou par la même équipe du CLSC. Tous ont participé à l'étude volontairement et sans contrainte. Les participants rattachés aux services sont des intervenants, des chefs d'équipes, des coordonnateurs ou des cadres qui, dans leur travail, sont en contact avec des mères atteintes d'un TSM, les conjoints ou les enfants. Ils sont travailleur (se) social(e), infirmier(e), médecin, psychologue, ergothérapeute, éducateur (trice), intervenant(e) communautaire, professeur(e) ou autre. Les participants gestionnaires sont inclus à partir du moment où ils sont désignés par un autre participant comme étant concernés par cette problématique.

Des entretiens individuels et de groupe ont été réalisés afin d'obtenir des données sur les actions, les interactions et les points de vue des acteurs du champ des services auprès de ces familles. Les entrevues individuelles et les groupes de discussion ont été enregistrés, ce qui a permis une retranscription intégrale des propos des participants. Les transcriptions ont ensuite été codées à l'aide d'un logiciel d'analyse qualitative (NVivo). Les catégories utilisées étaient à la fois inspirées des concepts centraux de la théorie de la structuration de Giddens et issues du contenu thématique des transcriptions d'entrevues. L'objectif était d'appliquer aux transcriptions un traitement permettant d'accéder à une signification qui n'était pas autrement visible. À la manière de Robert et Bouillaguet (1997), il s'agit de présenter les données sous une forme différente, tout en ne dénaturant pas le contenu primaire et en répondant aux objectifs de la recherche. Par la suite, une lecture des éléments de discours catégorisés a dégagé les premières pistes d'analyse permettant, dans un deuxième temps, de faire une analyse thématique d'une partie du corpus de données. Selon Paillé (1996), l'utilisation de la méthode de l'analyse thématique permet de relever systématiquement les thèmes présents dans les transcriptions d'entrevues regroupées en catégories et d'en faire la synthèse.

La démarche d'analyse a été inspirée par la position épistémologique constructiviste. Selon cette position, l'individu est capable de produire des énoncés qui reflètent sa pensée ou, du moins, les paroles apparaissent comme une approximation de ce que l'individu pense. Nous considérons que l'acteur est capable d'expliquer ce qu'il fait,

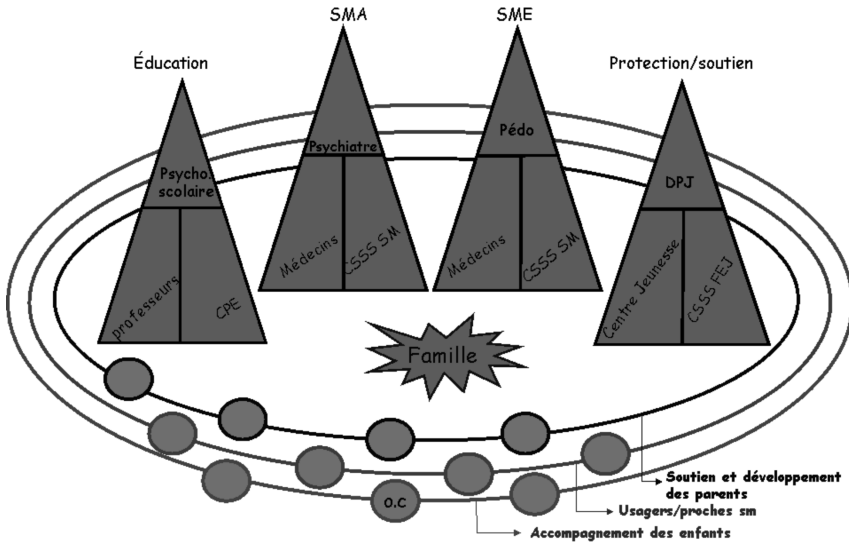
pourquoi et comment il le fait. C'est à partir de ces différentes logiques ou rationalités que nous avons dégagé les pistes de réflexion présentées ici.

## **Résultats**

L'équipe de recherche a rencontré un total de 144 personnes. Parmi ces 144 personnes, 35 étaient des membres de familles dont la mère souffrait d'un TSM grave (14 mères, 14 conjoints et 7 jeunes). Cent six (106) des participants rattachés aux services provenaient : des organismes communautaires (32), des CSSS (17), du milieu hospitalier (14), des centres jeunesse (29), du milieu scolaire (8), des services de garde (7) et autres (2). Les données sociodémographiques montrent une grande diversité dans toutes les catégories de participants, (diagnostic des mères, leur situation financière, la formation des intervenants, leur expérience et autres). La moyenne d'âge des conjoints est de 41 ans et celle des mères est de 36 ans.

La figure 1 représente le positionnement des acteurs du champ des services aux familles. Les quatre pyramides au centre illustrent le milieu institutionnel, différent du milieu communautaire représenté par des cercles à la base de la figure. Nous avons constaté que le milieu institutionnel est divisé en quatre sous-groupes : l'éducation, la santé mentale adulte (SMA), la santé mentale pour les enfants (SME) et la protection de l'enfance et de la jeunesse. Le choix des triangles pour illustrer chacun des milieux est utile pour montrer les niveaux d'interventions. De manière générale, nous pouvons affirmer que les acteurs présents dans le bas de chaque pyramide interviennent les premiers auprès des familles. Ceux placés au sommet interviennent plus tard à la demande des premiers. De leur côté, les organismes communautaires se situent en périphérie de ce réseau institutionnel et plus près du quotidien des familles. Parmi les organismes communautaires rencontrés, il y a les organismes de soutien et de développement des parents, les organismes dédiés aux usagers des services de santé mentale et aux proches et les organismes d'accompagnement des enfants. Nous avons placé la famille au centre de ce schéma.

Figure 1  
Positionnement des différents acteurs



À partir de cette figure, on peut se représenter le fait que les différents acteurs interviennent à l'intérieur de cadres organisationnels et législatifs précis. L'univers et les missions des champs de l'éducation, de la santé mentale et de la protection de la jeunesse sont bien distincts. Si les uns sont mandatés pour s'occuper des parents et traiter leurs problèmes de santé mentale, les autres sont centrés sur le développement et la sécurité des enfants.

De plus, ils n'ont pas les mêmes moyens pour agir, qu'il s'agisse de la formation des intervenants, des ressources professionnelles, des règles de fonctionnement, de l'accessibilité aux spécialistes ou des disponibilités.

Parmi eux, certains ne sont pas formés pour aborder les problèmes de santé mentale tandis que les autres ne sont pas à l'aise pour intervenir auprès des familles. Malgré cela, chaque intervenant essaie d'intervenir le mieux possible auprès de la personne adulte, ou de l'enfant qu'il accompagne en tant que thérapeute, éducatrice, bénévole ou autre. Tous ces acteurs évoluent dans leur univers respectif. Occasionnellement, ils réfèrent leur client à un autre organisme ou à l'intérieur de leur organisation dans un autre programme, engendrant selon le cas, des rencontres pour établir un plan de services individualisés ou un plan d'intervention.

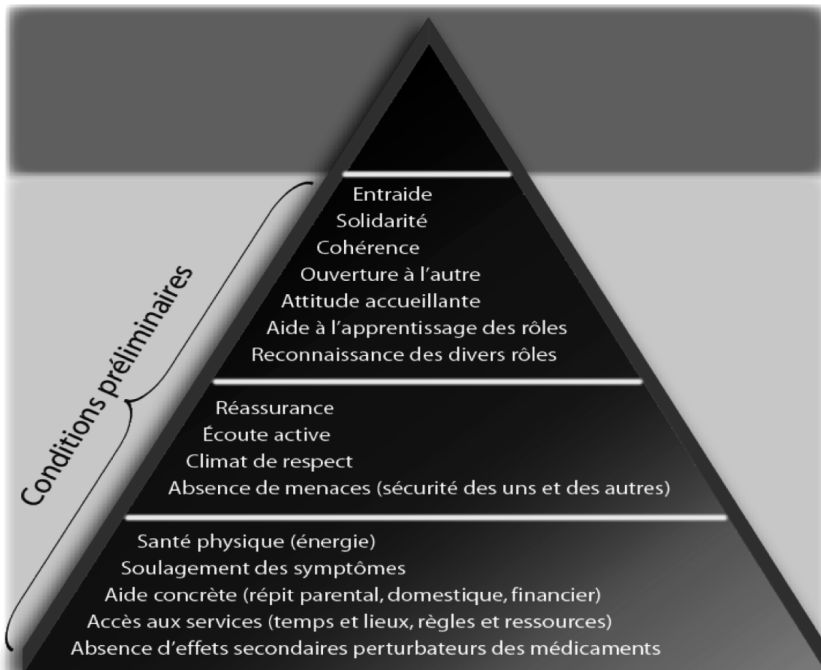
Toutefois les acteurs s'interpellent le plus souvent face à des situations complexes (crise ou prise en charge problématique et avec besoin d'information ou d'une action complémentaire). La tension est grande entre les protagonistes, les attentes sont élevées et précises, les échéances sont très courtes. Entre des acteurs surchargés qui se connaissent mal, l'incompréhension et la frustration montent rapidement. La collaboration n'est pas facile. Les mères et les conjoints interviewés déplorent alors le manque de cohérence entre les intervenants, les répétitions ou l'absence de services. De plus, les règles sur le respect de la confidentialité et les craintes d'être aspirés dans des procédures judiciaires (éventuelles plaintes et obligations de témoigner) limitent les échanges d'information entre les intervenants et les actions concertées. Elles rendent l'intervention des uns et des autres plus difficiles, moins efficaces pour ne pas dire rendre les intervenants impuissants. Selon certains intervenants, l'anonymat garanti dans certains organismes communautaires ou les règles de confidentialité étendues à toutes situations font bien l'affaire de certaines personnes. Elles peuvent ainsi se confier en toute confiance ou se mettre à l'abri du jugement des autres ou des conséquences de leurs gestes. Les personnes sont libres<sup>1</sup> de chercher de l'aide et d'accepter les services offerts. Il existe néanmoins quelques ententes formelles et tables de concertation entre établissements qui sont appréciées par les uns et les autres. Même si tout le monde souhaite une collaboration entre tous, elle semble bien difficile à instaurer et à entretenir.

Dans ce contexte fragmenté, même à l'intérieur d'un même champ (par exemple la santé mentale adulte), les services peuvent être divisés et la communication déficiente. Il n'y a alors guère de place pour une approche familiale dans laquelle les parents et les enfants seraient considérés dans la même unité, aidés de manière interdépendante, dans une perspective de bien-être individuel et collectif. Les femmes demandent de l'aide ou consultent quand elles ne jouent plus leur rôle de mère, quand elles ne fonctionnent plus à la maison. Elles ne semblent pas mettre de l'avant leur souffrance, mais le bien de leurs enfants. En outre, certaines soulignent que plusieurs intervenants en post-partum n'ont pas reconnu l'expression de leur détresse. Leur situation s'est détériorée avant qu'elles n'obtiennent de l'aide. À ce propos, les mères sont souvent vues dans notre société comme personnes ressources qui s'occupent des leurs. Quand un membre de la famille est malade, elles donnent habituellement les soins à la maison, servent d'intermédiaire avec le système de santé ou accompagnent les leurs dans les divers établissements. Mais si elles deviennent malades, le système perd son interlocuteur privilégié.

Les membres de la famille (les mères en particulier) apprécient un intervenant qui écoute, les respecte et considère leur situation familiale. Dans un premier temps, est faite une recherche d'aide concrète, un soulagement, mais pas un plan de transformation. Les intervenants soulignent la tension qui existe dans leur pratique entre la protection des enfants et le soutien aux parents, la première responsabilité étant prioritaire. Ils constatent l'alourdissement de leur clientèle, ils se sentent surchargés, voire découragés. Les situations d'agressivité ou de conflit leur sont désagréables, et les amènent à désinvestir ou à être directifs. Certains affirment avoir le sentiment de tourner en rond dans ce contexte de services fragmentés. Ils reconnaissent leur isolement, mal connaître les autres et être frustrés. Certains s'estiment mal formés pour aborder les problèmes de santé mentale. D'autres ne sont pas à l'aise pour intervenir auprès de ces familles. La lourdeur administrative ajoute aussi à leur fardeau clinique. La figure 2 qui s'inspire de la pyramide des besoins de Maslow (Bergeron, 2004) et des facteurs de satisfaction et

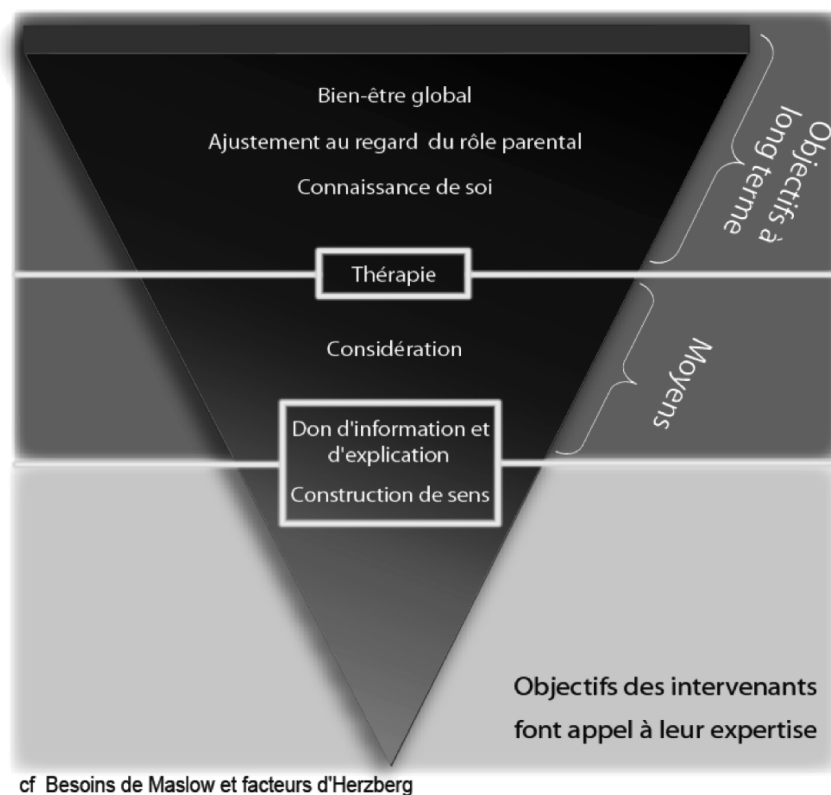
Figure 2

### Besoins de base des membres de la famille : soulagement



cf Besoins de Maslow et facteurs d'Herzberg

Figure 3  
**Espoirs des intervenants : changement et rétablissement**



d'insatisfaction d'Herzberg (Bergeron, 2004), illustre les attentes des membres des familles. La figure 3 illustre par une pyramide inversée les orientations des intervenants. Si les familles veulent combler des besoins de base (survie, sécurité, appartenance), les intervenants se soucient de les responsabiliser, de les rendre fonctionnels et de maintenir une stabilité. Ils fournissent de l'information et font de la thérapie pour que la personne atteigne une juste conscience de ses problèmes, une meilleure connaissance de soi et un bien-être global. Si on s'intéresse au rôle parental, c'est pour l'évaluer avant de le soutenir. Les objectifs des intervenants sont souvent élevés mais les ressources des personnes aidées sont limitées et les problèmes multiples (pauvreté, violence, dépendance et autres). Les familles ne nient pas les bienfaits du processus thérapeutique. Elles rappellent toutefois que sans la mise en place des

conditions préliminaires, il sera difficile de s'engager dans un processus de changement.

Dans le même ordre d'idées, les femmes participantes du groupe famille affirment qu'être mère et avoir un TSM les met dans une position de double pression. Les pressions liées à la position de malade tiennent au fait qu'il faut s'investir dans le traitement, se présenter aux rendez-vous et s'activer pour réaliser le plan d'intervention. Il faut collaborer avec l'intervenant, accepter son mode de fonctionnement et ses directives. Enfin, il faut manifester des signes d'amélioration, la situation doit évoluer et les problèmes se résorber. Quant aux pressions liées à la position de mère, elles renvoient au regard scrutateur des intervenants sur la compétence parentale, et aux risques encourus par les enfants. Les mères craignent de perdre la garde de leurs enfants si elles sont jugées inadéquates. Elles vivent avec intrusion l'entraide offerte par la famille et la belle-famille qui envahissent leur quotidien et commentent leur manière de faire. Les mères enregistrent le message sociétal d'un « idéal maternel », idéal déjà difficile à se conformer en l'absence de problème de santé mentale. Avec un problème de santé mentale, cela est plus difficile.

Les conjoints précisent les difficultés rencontrées quand leur compagne manifeste des problèmes de santé mentale. Ces difficultés interdépendantes les unes des autres sont regroupées en quatre catégories dont l'ordre de présentation importe peu. Les conjoints vivent un sentiment de perte relationnelle. Selon les symptômes manifestés, ils peuvent avoir l'impression que leur conjointe n'est plus la même, n'est plus là. Ils parlent notamment des sautes d'humeur, de l'impulsivité et des conflits engendrés. Ils accusent aussi les médicaments de nuire à leur vie sexuelle. Dans ce contexte, plusieurs avouent se sentir seuls. Tous les conjoints ne réagissent pas de la même manière. Différents facteurs influencent leur attitude et leur comportement. Il y a la gravité de la crise, le caractère du conjoint, son état de fatigue, de santé et de détresse, l'information, l'aide et le soutien reçus. Il est à noter que l'action du conjoint influence à son tour la situation de la femme atteinte d'un TSM. Dans certains cas, les difficultés s'accompagnent de violence et mènent à la séparation. Dans d'autres cas, il y a un rapprochement et des effets positifs à la maladie de leur conjointe sont reconnus. En effet, l'attitude positive, calme et compréhensive du conjoint aide à maintenir une bonne relation. Plusieurs essaient de soutenir et de protéger leur conjointe. En prenant plus de responsabilités, ils veulent prévenir les rechutes. Ils tentent de maintenir une vie normale en gardant contact avec l'extérieur, c'est-à-dire

avec les amis et les activités de loisirs, objectif confirmé et apprécié par les femmes.

Les conjoints ressentent une surcharge quand leur compagne ne fonctionne plus, c'est-à-dire ne prend pas soin des enfants et de la maison. Ils vivent difficilement la conciliation du travail à l'extérieur et des tâches domestiques et familiales à leur retour à la maison. Ils se sentent débordés, et critiqués puisqu'ils font les choses autrement. Les solutions ne sont pas simples. D'une part, ils ne sont pas toujours en mesure de s'absenter de leur travail ou d'y faire des ajustements temporaires, d'autre part il n'est pas facile d'avoir de l'aide domestique et, enfin, toutes ces mesures peuvent avoir des impacts financiers et relationnels ajoutant au stress déjà présent.

Vu les difficultés de la mère, les parents de la mère ou du conjoint (principalement les femmes) aident aux soins et au transport des enfants, préparent les repas, font la lessive et le ménage. Mais ce n'est pas toujours facile car l'incompréhension et les préjugés sur la maladie mentale existent aussi dans les familles touchées directement. De plus, cette aide dépend de la santé, de la disponibilité et de la proximité des membres de la famille. Il n'est pas facile de demander de l'aide, ni de l'obtenir de manière adéquate et satisfaisante. Malgré l'apport essentiel et apprécié de certains membres de la famille, les conjoints se sentent un peu envahis dans leur quotidien par tous les tiers appelés en renfort, la solution d'un problème entraînant l'apparition d'un autre problème.

Les conjoints se sentent tenus à l'écart par les intervenants, car ils n'ont pas ou peu d'information sur l'état de leur femme. Ils poursuivent la recherche des causes de la maladie, et entretiennent des explications physiques (surmenage, allaitement difficile, stress post-traumatique), relationnelles (rapport difficile avec la famille, trouble d'adaptation, sentiment de culpabilité) ou autres. Quand les intervenants de la santé leur donnent des informations, ils intègrent difficilement les données. Souvent, leur femme elle-même leur apprend ce qui se passe. Par ailleurs, ils ont l'impression que les intervenants ne font pas attention à eux, à leur vécu, à leurs inquiétudes, à leurs soucis et à leur souffrance. Il en est de même pour la prise en compte de leur connaissance de la situation de leur compagne, ou le point de vue sur son traitement et son rétablissement. Les conjoints soulignent l'importance d'être informés, soutenus et consultés par les intervenants afin de comprendre et collaborer au traitement.

Le processus vécu par les familles comporte différentes étapes : de l'apparition des symptômes ou des problèmes à leur résolution et au



rétablissement de la personne. Entre les deux il y a différentes situations à gérer comme la négation de la maladie, la recherche de traitement, l'hospitalisation, la prise en charge des enfants, la réorganisation du quotidien. Pour certains, l'hospitalisation n'est pas le pire moment, la tension baisse, les intervenants prennent soin de la mère, une amélioration est possible. La famille souhaite le maintien des contacts familiaux pendant cette période, et que la mère puisse voir facilement ses enfants. La famille souhaite que le système de santé tienne compte de sa réalité, s'y ajuste et la soutienne.

Les comportements les plus valorisés par les membres de la famille, sont la courtoisie, le respect, l'écoute attentive, l'accessibilité des services et la disponibilité en situation d'urgence. Les familles désirent de l'aide concrète, (par exemple des services de répit-dépannage), de la réassurance, du soutien et de l'entraide. Elles souhaitent des services souples qui répondent aux besoins de la mère et des membres de sa famille, des interventions ponctuelles pour des besoins précis, des traitements efficaces avec le moins d'effets secondaires perturbateurs. Les conjoints veulent que les différents acteurs les aident à comprendre la maladie, leur enseignent à reconnaître les symptômes, les rassurent, les aident à améliorer leur relation avec leur conjointe et à prendre une distance avec les problèmes familiaux. Cela passe aussi par une meilleure connaissance d'eux-mêmes et de leurs propres besoins, par le développement des habiletés parentales et par des services de soutien adaptés aux enfants.

## **Conclusion**

Les données soulignent la difficulté d'établir un lien de confiance entre les familles et les intervenants, quand la mère est la personne identifiée malade. Les interventions sont fragmentaires et peu centrées sur la famille, les efforts dispersés, les interventions manquent de cohérence et il est difficile de conjuguer protection de l'enfant et soutien aux parents. Ces problèmes constituent des défis si on y met des moyens, la volonté ne suffisant pas. Parmi les actions envisagées, certaines visent à soulager les membres de la famille, d'autres à aplanir les frontières intersectorielles et, les dernières à initier une approche familiale.

Dans la première catégorie, il s'agit de « commencer par le commencement », c'est-à-dire écouter les membres de la famille, prêter attention à leur histoire et à leur réalité à l'aide d'une approche narrative. Cette attention mène à l'établissement d'un lien de confiance et à la mobilisation de moyens concrets pour soulager et soutenir la famille dans un mouvement de compassion et de solidarité. Il importe aussi de motiver la famille, de susciter l'engagement de chaque membre, et de

donner des signes d'espoir par une information personnalisée, des explications précises et adaptées. Il est toujours temps de favoriser l'entraide en mettant les gens en contact avec des pairs et des ressources communautaires. Il convient de fixer des objectifs modestes et progressifs sinon on risque que les aidés comme les aidants se découragent et démissionnent. Les situations où se conjuguent maladie mentale et parentalité sont complexes. Inévitablement, cela suscite des émotions liées aux valeurs des uns et des autres, il faut du temps pour se comprendre, s'allier et que la famille trouve ses solutions. Si les intervenants prennent conscience de la dualité aidante et contraignante des services offerts, ils seront plus à l'écoute et plus soucieux d'accompagner et non traiter les membres de la famille, la thérapie étant un des outils de changement.

Dans la deuxième catégorie, avec l'ouverture des frontières intersectorielles, il apparaît nécessaire de construire des ponts entre les organisations. Pour dépasser la méconnaissance et l'incompréhension entre les acteurs, organiser des rencontres entre les gestionnaires mais aussi entre les intervenants apparaît approprié. L'intervenant pivot ou l'agent de liaison s'est avéré utile dans maints endroits, ce rôle mérite d'être plus adopté pour faciliter les interactions et les actions concertées. Élaborer et mettre en œuvre des ententes formelles peut se révéler utile. Planifier les services ensemble si on souhaite les intégrer dans un réseau souple et fonctionnel est préférable. En effet, si les services sont élaborés en vase clos, plusieurs étapes sont nécessaires pour informer les autres, les convaincre d'entrer dans le jeu, négocier et s'ajuster ensemble. Il est aussi facilitant d'envisager tous les partenaires — du champ de la santé, de l'éducation, de la protection ou du communautaire — comme des clients à qui il faut répondre et donner satisfaction. Cela rendra les services plus adéquats à la personne et à la famille recevant des services.

Il faut travailler ensemble avant qu'il n'y ait plus de marge de manœuvre pour réfléchir à une action concertée. Enfin, il faudrait envisager la responsabilité « sociale », sur le modèle de l'approche centrée sur la communauté (Guberman et Maheu, 2002). Ces derniers envisagent une responsabilité collective, la famille ou les aidants n'étant pas laissés seuls face à un membre dépendant. Toute la communauté doit faire sa part pour aider la personne en besoin. Il faut assumer, voire dépasser l'autonomie ou la responsabilité professionnelle et organisationnelle en partageant une responsabilité sociale.

Pour la troisième catégorie de solutions prometteuses vers une approche familiale, il faut considérer un changement de paradigme :

d'une approche individuelle, adopter une approche éco-systémique et familiale comme en réadaptation (Rosenbaum, 1998). Une vision holistique de la famille et de l'intervention globale et concrète qui répond aux demandes des membres des familles, se révèle nécessaire. Il y aura amélioration de la formation des intervenants avec l'apprentissage des pratiques familiales et de proximité, et des compétences de négociation qui permettent d'inclure les membres de la famille dans l'élaboration de solutions qui leur conviennent. La conjoncture semble favorable à ces changements, les principes du Plan d'action en santé mentale (MSSS, 2005) les favorisent. C'est souhaitable, nécessaire et possible !

## Note

1. Sauf dans les cas prévus par la *Loi de la Protection de la jeunesse* ou la *Loi sur la Protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elle-même ou les autres*.

## Références

- BELLEAU, H., 2004, Être parent aujourd'hui : la construction du lien de filiation dans l'univers symbolique de la parenté, *Enfances, familles, générations, regards sur les parents d'aujourd'hui*, 1, 1.
- BERGERON, P. G., 2004, *La gestion moderne, Une vision globale et intégrée*, Gaëtan Morin, Montréal.
- BOILY, M., ST-ONGE, M., TOUTANT, M.-T., 2006, *Au-delà des troubles mentaux, la vie familiale, Regard sur la parentalité*, Montréal, Éditions du CHU Sainte-Justine.
- BOILY, M., 2000, Le soutien aux familles dans la programmation des services en santé mentale, *Intervention*, 112, 78-89.
- BURTON-JEANGROS, C., 2006, Transformations des compétences familiales dans la prise en charge de la santé : entre dépendance et autonomie des mères face aux experts, *Recherches familiales*, 3, 17-26.
- BYRNE, C., PAPE, B., IVASK, A., KUCZYNSKI, L., BROWNE, G., WHITTAKER, S., 2001, Service needs of families where one parent has an affective illness : Implications for service, education, and policy, *Canadian Journal of Community Mental Health*, 20, 1, 107-121.
- CENTRE JEUNESSE DE QUÉBEC — INSTITUT UNIVERSITAIRE, 2006, *Rapport annuel 2005-2006*, Québec.
- CRESSON, G., 2006, La production familiale de soins et de santé, La prise en compte tardive et inachevée d'une participation essentielle, *Recherches familiales*, 3, 7-16.

- CYRULNIK, B., 2002, *Un merveilleux malheur*, Odile Jacob, Paris.
- DAVEY, S. J., DZIURAWIEC, S., O'BRIEN-MALONE, A., 2006, Men's voices : Postnatal depression from the perspective of male partners, *Qualitative Health Research*, 16, 2, 206-220.
- DEARING E., TAYLOR B. A., MCCARTNEY K., 2004, Implications of family income dynamics for women's depressive symptoms during the first 3 years after Childbirth, *American Journal of Public Health*, 94, 8, 1372-1377.
- FOCHT-BIRKERTS, L., BEARDSLEE, W. R., 2000, A child's experience of parental depression : Encouraging relational resilience in families with affective illness, *Family Process*, 39, 4, 417-434.
- FORTIN, A., GAGNON, É., 2007, Familles en mutation, in Dorvil, H., ed., *Problèmes sociaux (tome 3), Théories et méthodologies de la recherche*, Presses de l'Université du Québec, 231-248.
- FOURNIER, D., RENÉ, J.-F., DUVAL, M., GARON, S., FONTAINE, A., CHÉNARD, J., 2001, La dynamique partenariale sur les pratiques des organismes communautaires dans le contexte de la réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux, *Nouvelles Pratiques sociales*, 14, 1, 111-131.
- GARLEY, D., GALLOP, R., JOHNSTON, N., PIPITONE, J., 1997, Children of the mentally ill : a qualitative focus group approach, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 4, 97-103.
- GIDDENS, A., 1987, *La constitution de la société*, Presses universitaires de France, Paris.
- GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, 1989, *Politique de santé mentale*, Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, 1992, *Politique de santé et de bien-être*, Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, 1997, *Orientations pour la transformation des services de santé mentale*, Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, 1998a, *Agissons en complices, Pour une stratégie de soutien du développement des enfants et des jeunes*, Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, 1998b, *Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale*, Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, 1999, *Politique familiale, Un pas de plus vers l'épanouissement des familles et des enfants*, Ministère de la famille et de l'enfance.

- GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, 2005, *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : la force des liens*, Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- GUBERMAN, N., MAHEU, P., 2002, Conceptions of family caregivers: Implications for professional practice, *La Revue canadienne du vieillissement*, 21, 1, 27-37.
- GUEDENEY, A., 1998, Les déterminants précoces de la résilience, in Cyrulnik, B., ed., *Ces enfants qui tiennent le coup*, Revigny-sur-Ormain, France, Éditions Hommes et Perspectives, 13-26.
- HERZBERG, F., MAUSNER, B., SNYDERMAN, B. B., 1959, *The Motivation to Work*, John Wiley and Sons, New York.
- HOAGWOOD, K., OLIN, S., 2002, The NIMH blueprint for change report: Research priorities in child and adolescent mental health, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 7, 760-767.
- JUDAS, J., 2004, Women with mental illness are still losing their children, *Visions: BC's Mental Health and Addictions Journal*, 2, 2, 12.
- LARIVIÈRE, C., 2001, L'amplification obligée des relations partenariales: l'interdépendance est-elle une menace à l'autonomie? *Nouvelles Pratiques sociales*, 14,1, 64-80.
- LEW, V., BOILY, M., 1999, Les risques psychosociaux chez les enfants de personnes atteintes de maladie mentale, in *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent: approche intégrative*, Gaëtan Morin, Boucherville, chapitre 27.
- LINVER, M. R., BROOKS-GUNN, J., KOHEN, D. E., 2002, Family processes as pathways from income to young children's development, *Developmental Psychology*, 38, 5, 719-734.
- MASLOW, A. H., 1943, A theory of human motivation, *Psychological Review*, 50, 370-396.
- MASSÉ, R., 2006, De la responsabilité paternaliste de l'État à la responsabilité individuelle: les enjeux éthiques de la santé publique, in Gagnon, É., et Saillant, F., eds., *De la responsabilité, Éthique et politique*, Liber, Montréal, 255-272.
- MOWBRAY, C., SCHWARTZ, S., BYBEE, D., SPANG, J., RUEDA-RIEDLE, A., OYSERMAN, D., 2000, Mothers with a mental illness: Stressors and resources for parenting and living, *Families in Society*, 81, 2, 118-129.
- NICHOLSON, J., BIEBEL, K., 2002, Commentary on Community Mental Health Care for Women with Severe Mental Illness Who Are Parents — The tragedy of missed opportunities: What providers can do, *Community Mental Health Journal*, 38, 2, 167-172.

- NICHOLSON, J., BIEBEL, K., HINDEN, B., HENRY, A., STIER, L., 2001, *Critical Issues for Parents with Mental Illness and their Families*, Executive Summary.
- O'NEILL, M., PEDERSON, A., DUPÉRÉ, S., ROOTMAN, I., 2006, La promotion de la santé au Canada et à l'étranger : bilan et perspectives, in O'Neill, M., Dupéré, S., Pederson, A., Rootman, I., eds., *Promotion de la santé au Canada et au Québec, perspectives critiques*, Presses de l'Université Laval, Québec, 3-21.
- OSTMAN, M., HANSSON, L., 2002, Children in families with a severely mentally ill member : prevalence and needs for support, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 5, 243-248.
- OYSERMAN, D., MOWBRAY, C. T., MEARES, P. A., FERMINER, K. B., 2000, Parenting among mothers with a serious mental illness, *American Journal of Orthopsychiatry*, 70, 3, 296-314.
- OYSERMAN, D., MOWBRAY, C. T., ZEMENCUK, J. K., 1994, Resources and supports for mothers with severe mental illness, *Health and Social Work*, 19, 2, 132-143.
- PAILLÉ, P., 1996, De l'analyse qualitative en général et de l'analyse thématique en particulier, *Recherches qualitatives*, 15, 179-194.
- PERREAULT, M., PROVENCHER, H., ST-ONGE, M., ROUSSEAU, M., 2002, Le point de vue des aidants familiaux sur les services en santé mentale offerts à leurs proches, *Santé mentale au Québec*, 27, 2, 198-214.
- PITMAN, E., MATTHEY, S., 2004, The SMILES Program : A group program for children with mentally ill parents or siblings, *American Journal of Orthopsychiatry*, 74, 3, 383-388.
- POMERLEAU, A., MALCUIT, G., CHAREST, S., MOREAU, J., LAMARRE, G., DIORIO, G., 2000, *Prévention de l'abus et de la négligence envers les enfants auprès de jeunes familles à risque : expérience de partenariat en Montérégie*, Présenté au Conseil Québécois de la Recherche Sociale.
- RIEBSCHLEGER, J., 2004, *Good days and bad days : the experiences of children of a parent with a psychiatric disability*, Document non publié.
- ROBERT, A. D., BOUILLAGET, A., 1997, *L'analyse de contenu*, Presses universitaires de France, Paris.
- Robichaud, J.-B., Guay, L., Colin, C., Pohtier, M., Saucier, J.-F., 1994, *Les liens entre la pauvreté et la santé mentale : De l'exclusion à l'équité*, Comité de la santé mentale du Québec, Gaëtan Morin, Montréal.
- ROSENBAUM, P., KING, S., LAW, M., KING, G., EVANS, J., 1998, Family-centered service : a conceptual framework and research review, *Physical and Occupational Therapy in Paediatrics*, 18, 1-20.

- RUTTER, M., 1990, Commentary: Some focus and process considerations regarding effects of parental depression on children, *Developmental Psychology*, 26,1, 60-67.
- SAFNUK, T., CLATNEY, L., JURGENS, D., HAY, D., KLUGER, J., 2002, *Integrating services for families with affective disorder: Implementing and evaluating a preventive intervention program in Saskatchewan*, University of Saskatchewan.
- SAINT-LAURENT, D., 1993, *L'état de santé perçu et les habitudes de vie des co-résidents de personnes présentant des troubles mentaux*, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la planification et de l'évaluation, Gouvernement du Québec.
- SEIFER, R., DICKSTEIN, S., 2000, Parental mental illness and infant development, *Handbook of Infant Mental Health*, 145-160.
- STALLARD, P., NORMAN, P., HULINE-DICKENS, S., SALTER, E., CRIBB, J., 2004, The effects of parental mental illness upon children: A descriptive study of the views of parents and children, *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 9, 1, 39-52.
- THOMAS, L., KALUCY, R., 2003, Parents with mental illness: Lacking motivation to parent, *International Journal of Mental Health Nursing*, 12, 2, 153-157.
- TREMBLAY, N., 1998, *Description de l'expérience vécue du rôle maternel chez les mères ayant la schizophrénie*, Mémoire non publié, Université Laval, Québec.
- VALLÉE, C., 2004, La parentalité au quotidien, *Le Partenaire*, Bulletin de l'Association québécoise de réadaptation psychosociale, 12, 1, 4-13.
- VALLÉE, C., 2004, État de la situation sur les services, *Le Partenaire*, Bulletin de l'Association québécoise de réadaptation psychosociale, 12, 1, 14-19.
- VALLÉE, C., 2004, Survol des initiatives, *Le Partenaire*, Bulletin de l'Association québécoise de réadaptation psychosociale, 12, 1, 15-27.
- VITARO, F., ASSAAD, J.-M., CARBONNEAU, R., 2004, *Les enfants de parents affectés d'une dépendance: Bilan des connaissances et leçons pour l'intervention*, Comité permanent de lutte à la toxicomanie.
- WHITE, D., JOBIN, L., MCCANN, D., MORIN, P., 2002, *Pour sortir des sentiers battus, l'action intersectorielle en santé mentale*, Les publications du Québec.

## **ABSTRACT**

### **A reflection on services to families in which the mother suffers from a mental disorder**

This article presents results of a research conducted in Québec City between 2004 and 2006. The objective of this study was to examine services to families in which the mother suffers from a mental disorder. The authors examine the experiences and perspectives of parents with a mental disorder, spouses and children on the services offered to families; the study also examines the organisation, the basis and the context of actions and interactions between stakeholders of various sectors of services to families with a parent with severe mental illness. The authors conclude that despite Quebec's good intentions, members of families in which the mother suffers from a mental disorder do not benefit from a truly comprehensive family-focused approach.

## **RESUMEN**

### **Reflexión sobre los servicios para las familias en las que la madre sufre de un trastorno de salud mental (TSM)**

Este artículo presenta los resultados de un estudio realizado entre 2004 y 2006 en Quebec. El propósito del estudio es examinar los servicios para las familias en las que la madre sufre de un trastorno de salud mental (TSM). Los autores estudian las experiencias y los puntos de vista de los padres que sufren de un TSM, sus parejas y sus hijos, con respecto a los servicios ofrecidos a sus familias; examinan también la organización, las bases y el contexto de las acciones y las interacciones de los actores de diferentes sectores en el campo de los servicios para las familias en las que uno de los padres presenta un TSM. Los autores estiman que a pesar de las buenas intenciones, los miembros de las familias en las que la madre sufre de un TSM no se benefician de un verdadero enfoque familiar.

## **RESUMO**

### **Reflexão sobre os serviços às famílias cuja mãe sofre de transtorno de saúde mental (TSM)**

Este artigo apresenta os resultados de uma pesquisa realizada entre 2004 e 2006 na cidade de Quebec. O objetivo da pesquisa é o exame dos serviços prestados às famílias cuja mãe sofre de transtorno de saúde mental (TSM). Os autores analisam as experiências e os pontos de vista dos pais que sofrem de TSM, dos cônjuges e das crianças, sobre os



serviços prestados a sua família; eles se interessam também pela organização, pelas bases e pelo contexto das ações e das interações dos funcionários de diferentes setores no campo dos serviços prestados às famílias, nas quais um dos pais apresenta um TSM. Os autores estimam que, apesar das boas intenções, os membros das famílias, cuja mãe sofre de um TSM, não recebem uma verdadeira abordagem familiar.