

Université de Montréal

Modèle de compréhension multidimensionnel de l'intervention en santé  
mentale auprès de mères atteintes de troubles mentaux

par

Lucie Hébert

École de réadaptation  
Faculté de médecine

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures  
en vue de l'obtention du grade de  
Philosophiae Doctor (Ph.D.)  
en sciences biomédicales

Décembre 2004

© Lucie Hébert 2004





**Direction des bibliothèques**

**AVIS**

L'auteur a autorisé l'Université de Montréal à reproduire et diffuser, en totalité ou en partie, par quelque moyen que ce soit et sur quelque support que ce soit, et exclusivement à des fins non lucratives d'enseignement et de recherche, des copies de ce mémoire ou de cette thèse.

L'auteur et les coauteurs le cas échéant conservent la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent ce document. Ni la thèse ou le mémoire, ni des extraits substantiels de ce document, ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans l'autorisation de l'auteur.

Afin de se conformer à la Loi canadienne sur la protection des renseignements personnels, quelques formulaires secondaires, coordonnées ou signatures intégrées au texte ont pu être enlevés de ce document. Bien que cela ait pu affecter la pagination, il n'y a aucun contenu manquant.

**NOTICE**

The author of this thesis or dissertation has granted a nonexclusive license allowing Université de Montréal to reproduce and publish the document, in part or in whole, and in any format, solely for noncommercial educational and research purposes.

The author and co-authors if applicable retain copyright ownership and moral rights in this document. Neither the whole thesis or dissertation, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms, contact information or signatures may have been removed from the document. While this may affect the document page count, it does not represent any loss of content from the document.

Université de Montréal  
Faculté des études supérieures

Cette thèse intitulée

Modèle de compréhension multidimensionnel de l'intervention en santé  
mentale auprès de mères atteintes de troubles mentaux

présentée par

Lucie Hébert

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes:

---

Élisabeth Dutil, présidente-rapporteuse

---

Micheline Saint-Jean, directrice de recherche

---

Jean-Baptiste Haché, co-directeur de recherche

---

Louise Bouchard, membre du jury

---

Monique Carrière, examinatrice externe

---

représentant du doyen de la F.É.S.



## SOMMAIRE

Des données récentes mettent en évidence une incidence de plus en plus élevée de troubles de santé mentale dans la population générale. Avec les mouvements de désinstitutionnalisation, les multiples transformations du système de santé et des services sociaux et les progrès découlant des découvertes scientifiques, les personnes atteintes de troubles mentaux sont appelées à exercer leurs rôles sociaux, dont celui de parent. Quantité d'études et une littérature imposante ont porté sur les relations entre les troubles mentaux des parents et les impacts possibles sur leur progéniture ainsi que sur les interventions qui devraient être mises en place pour cette population. En dépit de cela, et malgré les importantes avancées auxquelles les interventions ont été soumises, on constate, encore aujourd'hui, le manque d'interventions intégrées et concertées pouvant répondre aux besoins des parents atteints de troubles mentaux et de leurs enfants à risque.

Cette étude s'est intéressée plus spécifiquement aux mères atteintes de troubles mentaux et à la prise en compte de leur rôle maternel dans les interventions qui s'offraient à elles. Le rôle maternel, de par ses exigences et les responsabilités qui en découlent, a des impacts majeurs sur les mères elles-mêmes, leurs enfants et sur les dynamiques de leurs familles. En dépit d'une meilleure connaissance des impacts associés à la difficulté ou à l'incapacité des mères atteintes de troubles mentaux à exercer leur rôle maternel de façon adéquate, ce rôle est souvent exclu des interventions visant leur santé mentale. Comme si l'exercice de ce rôle était inné et automatique. Il en résulte souvent une détérioration progressive de leur état, le maintien de leur incapacité à exercer leur rôle maternel, voire l'abandon de ce rôle, avec tous les risques que cela comporte tant pour les enfants que pour les mères.

La problématique entourant l'intervention auprès des mères atteintes de troubles mentaux est un phénomène très complexe devant prendre en compte la dynamique de trois systèmes en interaction, les mères atteintes de troubles mentaux, leurs familles et le système de soins, un ensemble complexe de structures organisationnelles, de soignants et d'interventions. Cette thèse vise ainsi à cerner l'influence du rôle maternel et la prise en compte de ce rôle dans le processus d'interventions s'adressant aux mères souffrant de troubles mentaux graves. Elle conduit à l'élaboration d'un ensemble de propositions explicatives qui puissent explorer et expliquer i) l'impact du rôle maternel sur l'évolution des pathologies des mères, ii) le niveau de prise en compte du rôle maternel dans les interventions auprès d'elles et iii) le rapport entre le niveau de prise en compte du rôle maternel et ses antécédents et l'évolution de la pathologie des mères.

Une approche inductive d'élaboration théorique a été privilégiée dans cette étude. Elle fut réalisée au moyen d'analyses minutieuses de trois cas sélectionnés de mères suivies dans un département de psychiatrie de la région de Montréal. Les analyses portent sur des données qualitatives provenant des

histoires personnelles et psychiatriques de ces mères, dont l'examen des interventions dispensées auprès d'elles. Cette démarche a permis d'identifier un ensemble de variables, relevant des systèmes en présence, de comprendre les relations entre ces variables et les processus impliqués dans les problèmes d'intervention observés.

Cette étude propose un modèle de compréhension du problème des interventions, plus précisément des facteurs contribuant à leur inefficacité, relevant du réseau de santé québécois, s'adressant aux mères atteintes de troubles mentaux. Cette étude montre que la difficulté à instaurer et maintenir des interventions efficaces auprès d'elles et à prendre en compte leur rôle maternel relève de plusieurs dimensions appartenant à chacun des systèmes en présence—les mères atteintes de troubles mentaux, leurs familles et le système de soins mais aussi de la dynamique interrelationnelle entre eux. Du côté des mères, l'interaction entre leur rôle maternel et l'évolution de leur pathologie influence la distance qu'elles établissent à l'égard de ce rôle. En ce sens, elles peuvent d'elles-mêmes compromettre la prise en compte de leur rôle maternel dans leur traitement. Les mères et leurs familles sont deux systèmes fortement imbriqués. Le niveau de capacité des mères à exercer leur rôle maternel a une influence déterminante sur leurs relations avec les membres de leurs familles. D'où l'élaboration fréquente de conflits conjugaux et familiaux et un phénomène de distanciation entre les mères et leurs familles. Le trouble mental des mères et leur incapacité à exercer leur rôle maternel s'en trouvent alors aggravés. Le système d'intervention, de par ses composantes dont font partie les intervenants, contribue à son tour à la difficulté de prendre en compte le rôle maternel des patientes et à l'inefficacité des interventions leur étant destinées. En dépit des orientations politiques préconisant des interventions mieux concertées et intégrées, il demeure difficile de s'adapter aux besoins des mères et de leurs familles et de se départir d'une vision et d'une approche morcelées des problèmes et des interventions. Un ensemble de facteurs contribuent à ces lacunes importantes. Outre les structures politiques et organisationnelles grandement morcelées et non intégrées, desquelles découlent des normes d'efficacité et d'efficacités de plus en plus restrictives auxquelles doivent répondre les intervenants, l'on trouve, chez ces derniers, un phénomène plus subjectif de cristallisation de leurs perceptions des mères et de persistance de leurs interventions. Ces conclusions sont représentées sous la forme de propositions explicatives, pouvant être généralisées à d'autres cas de même nature traités dans le système de soins actuel. Elles offrent des pistes de réflexion et de changement, dont certaines sont à la portée des intervenants, qui pourraient faire l'objet d'études ultérieures.

Mots clés : psychiatrie, femme, thérapie, trouble mental, soignant, administration, organisation santé, Québec.

## SUMMARY

Recent data indicate an increase in mental health problem in the general population. With moves to remove patients from institutions, major changes in the health care and social services systems as well as progress derived from recent discoveries in health sciences, persons suffering from mental health problems are called upon to perform their social roles including that of parent. There exists a substantial literature on the interrelations between mental health problems of parent, the impact these have on children and on interventions required for this population. Nevertheless, integrated and concerted interventions capable of addressing the problems of parents suffering from mental illness and of their children are still lacking.

This study is specifically concerned with mothers suffering from mental health problems and with concern for their maternal status in their treatment. The requirements of the maternal role have major impacts on the mothers themselves, their children and their families. While there exists a good knowledge base concerning these mothers' abilities to assume their maternal role effectively, the maternal role is often not taken into account in devising treatment. Results include a deterioration of their mental health problems, maintenance or increase in their difficulties in assuming their maternal role often resulting in the abandonment of this role with the risks to both children and mothers that follow.

Treatment of mothers with severe mental health problems is a complex matter that must take into account three interacting systems, the mothers themselves, their families and the mental health care system. This dissertation, based on case studies carried out by the author, is concerned with the influence of the maternal role and its inclusion in the elaboration and delivery of treatment of women who are mothers and are suffering from severe mental health problems. The dissertation formulates a series of explanatory propositions concerning the impact of the maternal role on the evolution of pathologies, the level of concern for the maternal role in devising treatment strategies, the relationship between the concern for the maternal role and its antecedents in devising treatment and the evolution of mothers pathologies.

Based on a qualitative case study inductive methodological approach, the study is based on three selected cases examined in minute detail over a period of several years in a psychiatry department of a Montreal hospital. Data was gathered from personal and psychiatric histories of the patients. The study has permitted the identification of operating variables associated with the three systems referred to above as well as an understanding of their interrelations within the treatment parameters.

This study proposes a data-based model for understanding difficulties in the treatment of mothers with severe mental health problems, more specifically the factors associated with the often observed relative ineffectiveness of these treatments. No generalization beyond the system in which the observations were made is claimed. The study indicates that the difficulties in devising and sustaining effective treatment strategies and in taking the maternal role into account originates in variables of the three intervening systems: mothers, families and mental health treatment system and interrelations among them. On the mother's side interaction between their maternal roles and the evolution of their pathology is a determinant of the distance that becomes established with regards to playing that role. Hence mothers may unwittingly affect the taking into account of their maternal role in treatment. As mothers and their families are intimately linked, the capacity of mothers to assume their maternal role greatly influences the nature of their relations with members of their families, hence the frequent marital and family conflicts and the resulting distance resulting among mothers, their spouses and children. Hence the mental health problems of mothers and their mothering difficulties are aggravated. The health care system including care givers, also contributes to the difficulty of taking the maternal role of patients into account and to the relative ineffectiveness of treatment in their case. Despite policies favouring integrated and coordinated approaches, it remains difficult to implement this orientation in the case of mothers with severe mental health problems. A number of factors are at play: organizational structures are not integrated nor are their policies. Norms regarding effectiveness and efficiency are associated with each are restricted and restrictive. This plays against coordination and integration and often results in a partial view of the patient with corresponding treatment. Conclusions are believed to apply to similar cases within the health system in which the study was carried out. The study offers suggestions that are within the means of caretakers to implement as well as suggestions for further investigation.

Key words : psychiatry, woman, therapy, mental illness, care provider, administration, organization, health, Quebec.

## TABLE DES MATIÈRES

<b>SOMMAIRE</b> .....	<b>iii</b>
<b>TABLE DES MATIÈRES</b> .....	<b>vii</b>
<b>LISTE DES FIGURES</b> .....	<b>xv</b>
<b>LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS</b> .....	<b>xviii</b>
<b>LISTE DES ABRÉVIATIONS DANS LES FIGURES</b> .....	<b>xix</b>
<b>REMERCIEMENTS</b> .....	<b>xx</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>1</b>
<b>CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE, RECENSION DES ÉCRITS ET CADRE ANALYTIQUE</b> .....	<b>4</b>
<b>1.1 PROBLÉMATIQUE ET RECENSION DES ÉCRITS</b> .....	<b>6</b>
1.1.1 Les mères atteintes de troubles mentaux graves .....	6
1.1.2 Problèmes et risques liés aux troubles de la mère et à son contexte .....	8
1.1.2.1 Facteurs de risque pour les enfants .....	8
1.1.2.2 Autres facteurs de risque .....	10
1.1.3 Le système d'intervention au Québec .....	12
1.1.4 Interventions thérapeutiques expérimentées auprès de mères souffrant de troubles mentaux graves .....	15
1.1.5 Conclusion .....	18
<b>1.2 CADRE ANALYTIQUE</b> .....	<b>19</b>
1.2.1 Les concepts liés aux dimensions internes de l'individu .....	20
1.2.1.1 La perception .....	20
1.2.1.2 Valeurs, attitudes et comportements .....	20
1.2.2 Les concepts liés aux dimensions relationnelles de l'individu .....	22
1.2.2.1 Le rôle .....	22
1.2.2.1.1 Rôle et individualité .....	22
1.2.2.1.2 Rôle et organisation .....	23
1.2.2.1.3 Rôle maternel et compétence parentale .....	26

1.2.2.2	Le groupe et ses normes .....	27
1.2.2.2.1	Coopération et conflit dans les rapports de groupe .....	29
1.2.2.3	Le statut .....	29
1.2.2.4	Le pouvoir .....	30
1.2.2.4.1	Les formes de pouvoir .....	30
1.2.2.4.2	Pouvoir et leadership .....	32
1.2.2.5	Le leadership .....	32
1.2.2.6	Directivité .....	33
1.2.3	Concepts reliés à l'intervention .....	33
1.2.3.1	L'intervention .....	33
1.2.3.2	L'alliance thérapeutique .....	34
1.2.3.2.1	Alliance thérapeutique en intervention judiciairisée .....	36
1.2.3.2.2	Alliance thérapeutique en intervention conjugale et familiale .....	36
1.2.3.2.3	Attentes des thérapeutes à l'égard du changement thérapeutique .....	37
1.2.3.3	L'investissement dans l'intervention thérapeutique .....	38
1.2.3.4	La communication interprofessionnelle .....	38
1.2.3.5	La bureaucratie professionnelle .....	39
<b>1.4</b>	<b>QUESTIONS SPÉCIFIQUES DE RECHERCHE .....</b>	<b>41</b>
<b>CHAPITRE 2 : CADRE MÉTHODOLOGIQUE .....</b>		<b>44</b>
<b>2.1</b>	<b>APPROCHE HYPOTHÉTIQUE-DÉDUCTIVE .....</b>	<b>45</b>
<b>2.2</b>	<b>APPROCHE D'ÉLABORATION THÉORIQUE: UN PROCESSUS INDUCTIF .....</b>	<b>46</b>
<b>2.3</b>	<b>PERSPECTIVE SYSTÉMIQUE .....</b>	<b>47</b>
<b>2.4</b>	<b>DONNÉES .....</b>	<b>48</b>
2.4.1	Sources des données .....	48
<b>2.5</b>	<b>L'OBSERVATION EN SITUATION .....</b>	<b>49</b>
<b>2.6</b>	<b>ANALYSE DES DONNÉES .....</b>	<b>49</b>
<b>2.7</b>	<b>VALEUR SCIENTIFIQUE .....</b>	<b>51</b>
2.7.1	Validité .....	51
<b>2.8</b>	<b>LIMITES ET PORTÉE DE L'ÉTUDE .....</b>	<b>53</b>
<b>CHAPITRE 3 : CONTEXTE ORGANISATIONNEL DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX .....</b>		<b>55</b>
<b>3.1</b>	<b>CONTEXTE GÉNÉRAL .....</b>	<b>56</b>
3.1.1	Le système de santé et des services sociaux .....	56
3.1.2	Les services en santé mentale .....	58

3.1.2.1	Politique de santé mentale (1989-1994) .....	59
3.1.2.2	Enrichissement de la Politique de santé mentale .....	60
3.1.2.3	Services de santé mentale sur l'Île de Montréal: la situation actuelle .	61
3.1.2.4	Sectorisation .....	63
3.1.3	Les autres systèmes en présence .....	64
3.1.3.1	Le système professionnel . . . . .	64
3.1.3.1.1	Le Code des Professions .....	64
3.1.3.1.2	Problématique relative au professionnalisme .....	65
3.1.3.2	Organisation du travail dans les services de santé et services sociaux	66
<b>3.2</b>	<b>CONTEXTE PARTICULIER .....</b>	<b>67</b>
3.2.1	Services de santé mentale dans la région de Montréal .....	68
3.2.1.1	La sous-région Centre-est .....	68
3.2.1.2	Modèle de concertation par alliances .....	68
3.2.1.3	Les agents de communication interprofessionnelle .....	70
3.2.1.4	L'accès aux services en santé mentale .....	70
3.2.2	Centre hospitalier: structure et fonctionnement .....	71
3.2.2.1	Responsabilités et ligne hiérarchique .....	71
3.2.2.2	Département de psychiatrie .....	72
3.2.2.2.1	Les services et les unités de soins .....	72
3.2.2.2.2	Procédures relatives à l'encadrement de la clientèle . . . . .	74
	Admission .....	74
	Cure fermée .....	75
	Ordonnance de cour .....	75
	Consentement aux soins .....	75
3.2.2.2.3	Les agents d'intervention .....	76
3.2.2.2.3.1	Les services professionnels intra-hospitaliers	76
3.2.2.2.3.2	Équipe multidisciplinaire .....	79
3.2.2.2.3.3	Relations interprofessionnelles .....	81
3.2.2.2.3.4	Agents d'interventions provenant d'autres institutions .....	82
3.2.3	Conclusion .....	83
<b>CHAPITRE 4 : UNE INTERVENTION À LA REMORQUE DES CRISES : LE CAS DE CAROLINE. ....</b>		<b>84</b>
<b>L'HISTOIRE ANTÉRIEURE DE CAROLINE .....</b>		<b>85</b>
<b>SOMMAIRE DE LA PÉRIODE ÉTUDIÉE .....</b>		<b>86</b>
<b>PARTIE I - LA PREMIÈRE FAMILLE .....</b>		<b>87</b>
<b>4.0</b>	<b>Épisode 1 - L'impasse .....</b>	<b>87</b>

<b>4.1</b>	<b>Résumé et analyse de l'épisode 1</b>	<b>93</b>
4.1.1	Évolution de la patiente et interaction avec sa famille	93
4.1.2	Investissement et interventions des soignants	94
4.1.3	Communication et concertation interprofessionnelles	97
4.1.4	Sommaire	98
<b>4.2</b>	<b>Épisode 2 - La séparation</b>	<b>99</b>
<b>4.3</b>	<b>Épisode 3 - Nouvelle tentative de vie commune et séparation définitive</b>	<b>103</b>
<b>4.4</b>	<b>Résumé et analyse des épisodes 2 et 3</b>	<b>109</b>
4.4.1	Évolution de la patiente et interaction avec sa famille	110
4.4.2	Évolution de la patiente selon le niveau d'exigences reliées aux interventions	111
4.4.3	Perceptions et investissement des soignants et orientation des interventions	112
4.4.4	Investissement auprès des enfants	116
	<b>PARTIE II - Nouvelle vie de couple</b>	<b>117</b>
<b>4.5</b>	<b>ÉPISODE 4 - L'ACCALMIE</b>	<b>117</b>
<b>4.6</b>	<b>RÉSUMÉ ET ANALYSE DE L'ÉPISODE 4.</b>	<b>119</b>
4.6.1	Évolution de la patiente et interaction avec sa famille	119
4.6.2	Investissement des soignants	120
	<b>PARTIE III - LE TROISIÈME ENFANT</b>	<b>123</b>
<b>4.7</b>	<b>ÉPISODE 5 - LA GROSSESSE</b>	<b>123</b>
<b>4.8</b>	<b>RÉSUMÉ ET ANALYSE DE L'ÉPISODE 5</b>	<b>128</b>
4.8.1	Évolution de la patiente et investissement des soignants	128
<b>4.9</b>	<b>ÉPISODE 6 - L'ACCOUCHEMENT</b>	<b>130</b>
<b>4.10</b>	<b>RÉSUMÉ ET ANALYSE DE L'ÉPISODE 6</b>	<b>133</b>
4.10.1	Communications et concertation interprofessionnelles	133
<b>4.11</b>	<b>ÉPISODE 7 - LE POST-PARTUM ET LA CRISE</b>	<b>135</b>



<b>4.12 ÉPISODE 8 - TENTATIVE DE SUICIDE ET PLACEMENT DE L'ENFANT</b> .....	<b>137</b>
<b>4.13 ÉPISODE 9 - ACCOMPAGNEMENT À LA RELATION MÈRE-ENFANT</b> .....	<b>139</b>
<b>4.14 RÉSUMÉ ET ANALYSE DES ÉPISODES 7, 8 ET 9.</b> .....	<b>148</b>
4.14.1 Évolution de la patiente et interaction avec sa famille: impacts du sentiment d'incompétence maternelle .....	148
4.14.2 Perceptions, investissement des soignants et aménagement des rôles professionnels .....	150
4.14.3 Difficultés de concertation: communication et rôles professionnels .....	151
<b>4.15 CONCLUSION DU CAS DE CAROLINE</b> .....	<b>152</b>
4.15.1 Variables associées au milieu familial et au rôle maternel: processus ayant mené la patiente à l'abandon de son rôle maternel .....	154
4.15.2 Variables associées aux soignants et aux autres agents d'intervention .....	159
4.15.2.1 Perceptions et investissement des soignants .....	162
4.15.2.2 Compartimentation et discontinuité des interventions .....	164
4.15.2.3 Changement dans l'orientation générale des soignants .....	165
4.15.2.4 Persistance de certaines tendances chez les soignants .....	166
4.15.2.5 Investissement auprès des enfants .....	167
4.15.2.6 Directivité .....	169
4.15.3 Variables associées aux organisations .....	171
4.15.3.1 Communication, concertation et coordination .....	171
4.15.3.2 Organisation du travail et niveau d'intégration des services .....	174
 <b>CHAPITRE 5 : DANIELÈ: À LA FOIS MÈRE, ET ENFANT</b> .....	 <b>177</b>
<b>L'HISTOIRE ANTÉRIEURE DE DANIELÈ</b> .....	<b>179</b>
<b>PARTIE I - DANIELÈ ET SA FAMILLE</b> .....	<b>180</b>
<b>5.0 HISTOIRE PSYCHIATRIQUE</b> .....	<b>180</b>
<b>5.1 LE NOUVEAU RÔLE MATERNEL: UN SENTIMENT D'ÉCHEC</b> .....	<b>180</b>
<b>5.2 L'ÉMERGENCE DES CONFLITS CONJUGAL ET FAMILIAL</b> .....	<b>184</b>
<b>5.3 ÉLARGISSEMENT DU CONFLIT VERS L'ENTOURAGE FAMILLE ET SOIGNANTS)</b> .....	<b>185</b>
<b>5.4 RÉSUMÉ ET ANALYSE DE LA PARTIE I</b> .....	<b>196</b>
5.4.1 Évolution de la patiente et rôle maternel .....	196
5.4.2 Évolution de la patiente et interaction avec sa famille .....	197
<b>PARTIE II - DANIELÈ ET LES SOIGNANTS</b> .....	<b>201</b>
<b>5.5 INTERACTIONS ENTRE LA PATIENTE ET LES SOIGNANTS</b> .....	<b>201</b>
<b>5.6 ÉVOLUTION DU DIAGNOSTIC ET DES INTERVENTIONS</b> .....	<b>201</b>
<b>5.7 PERCEPTIONS ET INVESTISSEMENT DES SOIGNANTS</b> .....	<b>204</b>

5.7.1	Perceptions et investissement à l'égard de la patiente	204
5.7.2	Investissement de la patiente et investissement des soignants	205
5.7.3	Variations dans l'investissement des soignants selon leurs perceptions	211
<b>5.8</b>	<b>DIRECTIVITÉ</b>	<b>212</b>
<b>5.9</b>	<b>ATTITUDES DES SOIGNANTS À L'ÉGARD DE LA FAMILLE</b>	<b>213</b>
<b>5.10</b>	<b>INTERVENTION ET RÔLE MATERNEL</b>	<b>216</b>
<b>5.11</b>	<b>COMMUNICATION ET CONCERTATION INTERPROFESSIONNELLES</b>	<b>220</b>
<b>5.12</b>	<b>CONCLUSION DU CAS DE DANIELLE</b>	<b>223</b>
5.12.1	Variables associées au milieu familial et au rôle maternel	223
5.12.1.1	L'interaction entre le conflit de rôle maternel, le conflit conjugal et le conflit familial: vers l'isolement	223
5.12.2	Variables associées aux soignants et aux intervenants	228
5.12.2.1	Perceptions et investissement des soignants: un exemple d'investissement de niveau élevé	228
5.12.2.2	Interventions familiales: la famille vue comme une ressource	230
5.12.2.3	Interventions mère-enfant: une entreprise difficile	232
5.12.3	Variables associées aux organisations	234
5.12.3.1	Communications, concertation et coordination: une question d'ouverture plus que d'organisation	234
<b>Chapitre 6</b>	<b>RÉINTÉGRATION DU RÔLE MATERNEL: LE CAS DE FLORENCE</b>	<b>236</b>
	<b>L'HISTOIRE ANTÉRIEURE DE FLORENCE</b>	<b>237</b>
	<b>PARTIE I : L'HISTOIRE PSYCHIATRIQUE DE FLORENCE</b>	<b>239</b>
<b>6.0</b>	<b>L'ÉMERGENCE DU TROUBLE MENTAL</b>	<b>239</b>
<b>6.1</b>	<b>LES DÉBUTS DU SUIVI PSYCHIATRIQUE: UNE ALLIANCE DIFFICILE</b>	<b>241</b>
<b>6.2</b>	<b>NOUVELLE GROSSESSE ET AVORTEMENT: REFUS DES INTERVENTIONS</b>	<b>245</b>
<b>6.3</b>	<b>DIFFICULTÉS À PRÉCISER LE DIAGNOSTIC</b>	<b>247</b>
<b>6.4</b>	<b>AGGRAVATION DE L'ÉTAT DE LA PATIENTE ET PERSPECTIVE DE PROCÉDURES JUDICIAIRES</b>	<b>248</b>
<b>6.5</b>	<b>RÉTICENCES À L'ÉGARD DES INTERVENTIONS</b>	<b>249</b>
<b>6.6</b>	<b>VERS LA REPRISE D'UN FONCTIONNEMENT PLUS AUTONOME</b>	<b>251</b>

<b>6.7 INTRODUCTION D'UN NOUVEAU MÉDICAMENT</b> .....	<b>253</b>
6.7.1 Les problèmes reliés au nouveau médicament .....	254
 <b>6.8 DE NOUVEAUX BOULEVERSEMENTS</b> .....	 <b>256</b>
 <b>PARTIE II : ANALYSE DU CAS DE FLORENCE</b> .....	 <b>258</b>
<b>6.9 ÉVOLUTION DE LA PATIENTE ET INTERACTIONS AVEC SA FAMILLE</b> .....	<b>259</b>
<b>6.10 PERCEPTIONS, INVESTISSEMENT ET INTERVENTIONS DES SOIGNANTS</b> .....	<b>262</b>
6.10.1 Investissement de la patiente et investissement des soignants .....	264
6.10.2 Contrôle et directivité chez les soignants .....	265
6.10.2.1 Contrôle et directivité de la part des soignants: impacts sur la patiente et sa famille .....	275
6.10.3 Perception de risque et précipitation dans l'intervention .....	281
6.10.4 Cristallisation des perceptions et difficulté à s'ajuster aux changements de la patiente .....	283
6.10.5 Différences dans les perceptions des soignants et relations interprofessionnelles .....	285
 <b>6.11 INTERVENTIONS FAMILIALES</b> .....	 <b>290</b>
 <b>6.12 INTERVENTION ET RÔLE MATERNEL</b> .....	 <b>293</b>
 <b>6.13 CONCLUSION DU CAS DE FLORENCE</b> .....	 <b>295</b>
6.13.1 Variables associées à la pathologie et au rôle maternel: amélioration du trouble mental et réintégration du rôle maternel .....	296
6.13.2 Variables associées à l'environnement familial: niveau élevé d'intégration et de ressources .....	297
6.13.3 Variables associées aux soignants et aux intervenants: un investissement important empreint de directivité .....	300
6.13.4 Variables associées aux organisations: la primauté du système de soins .....	302
 <b>Chapitre 7 : Vers une intervention efficace: modèle conceptuel, discussion, conclusion</b> ...	<b>304</b>
<b>7.0 SYNTHÈSE DES CAS</b> .....	<b>306</b>
 <b>PARTIE I : SYNTHÈSE DES ANALYSES ET DISCUSSION</b> .....	 <b>309</b>
<b>7.1 RÔLE MATERNEL ET TROUBLE MENTAL</b> .....	<b>309</b>
<b>7.2 DISTANCE ENTRE LES MÈRES ATTEINTES DE TROUBLES MENTAUX ET LEURS FAMILLES:                                 PROCESSUS ET IMPACTS</b> .....	<b>316</b>

- 7.2.1 Famille immédiate ..... 317
- 7.2.2 Famille élargie ..... 320
- 7.3 VARIABLES ASSOCIÉES AUX SOIGNANTS ET AUX INTERVENANTS..... 327**
  - 7.3.1 Perceptions et investissement des soignants ..... 328
    - 7.3.1.1 Potentiel d'amélioration des patientes et efficacité des interventions 328
    - 7.3.1.2 Risques associés à l'état des patientes: de la mobilisation à la non intervention ..... 330
  - 7.3.2 Directivité chez les soignants ..... 337
    - 7.3.2.1 Persistance de la directivité: non ajustement des perceptions des soignants ..... 344
    - 7.3.2.2 Non ajustement des perceptions des soignants: autres impacts ..... 345
    - 7.3.2.3 Directivité et rapports interprofessionnels ..... 349
  - 7.3.3 Communication et concertation interprofessionnelles, coordination des interventions ..... 354
- PARTIE II : DISCUSSION ..... 360**
  - 7.4 SOIGNANTS ET RÔLE MATERNEL: LES CONTRE-ATTITUDES ..... 361**
  - 7.5 INTERVENTIONS AUPRÈS DES MEMBRES DE LA FAMILLE: RÔLE UTILITAIRE ET CONFLIT DE RÔLES POUR LES FAMILLES ..... 368**
  - 7.6 INTERVENTIONS AUPRÈS DES ENFANTS ..... 371**
  - 7.7 INTERVENTIONS AUPRÈS DES MÈRES ATTEINTES DE TROUBLES MENTAUX GRAVES ET LE SUPRA-SYSTÈME DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. .... 375**
- CONCLUSION ..... 380**
- LISTE DES PROPOSITIONS FINALES ..... 387**
- BIBLIOGRAPHIE ..... 397**
- ANNEXES ..... 413**

## LISTE DES FIGURES

Figure 1:	Variables des systèmes à l'étude . . . . .	43
Figure 2:	Facteurs principaux relevant du système mère-famille ayant une influence sur l'intensité de la pathologie maternelle . . . . .	157
Figure 3:	Processus d'aggravation de la pathologie maternelle liée à l'incapacité d'exercer le rôle maternel . . . . .	157
Figure 4:	Dynamiques du système mère-famille associées à l'amélioration et à la stabilisation de la pathologie maternelle . . . . .	158
Figure 5:	Processus conduisant Caroline à l'abandon de son rôle maternel . . . . .	158
Figure 6:	Relations entre les variations de l'état et des comportements de Caroline et l'investissement des soignants . . . . .	161
Figure 7:	Facteurs relatifs aux soignants de Caroline influençant la nature et le niveau de leur investissement . . . . .	164
Figure 8:	Facteurs relevant de l'ensemble des systèmes influençant la nature et l'intensité de l'investissement des soignants de Caroline et l'orientation de leurs interventions . . . . .	169
Figure 9:	Facteurs pouvant influencer le niveau de directivité chez les soignants de Caroline . . . . .	171
Figure 10:	Facteurs pouvant influencer les mécanismes de communication et de concertation interprofessionnelles et de coordination des interventions . . . . .	174
Figure 11:	Impacts des facteurs organisationnels sur les interventions auprès de Caroline et de sa famille . . . . .	176
Figure 12:	Facteurs influençant l'investissement de Danièle vis à vis le système d'intervention . . . . .	208
Figure 13:	Relations ente les exigences de rôle maternel, la pathologie de Danièle, ses interactions avec sa famille et le retrait ou l'abandon de son rôle maternel . . . .	228

Figure 14:	Variables associées à l'investissement des soignants de Danièle et à l'orientation de leurs interventions .....	231
Figure 15:	Conditions associées à la directivité des soignants pouvant mener à l'amélioration de la psychopathologie des mères .....	231
Figure 16:	Impact d'une approche centrée sur la mère pour les interventions auprès de la famille .....	232
Figure 17:	Facteurs associés à l'implantation et à l'abolition d'interventions au niveau du rôle maternel .....	233
Figure 18:	Facteurs-revisités suite à l'analyse du cas de Danièle-pouvant influencer la communication et la concertation interprofessionnelles et la coordination des interventions .....	235
Figure 19:	Facteurs, relevant des trois cas de cette étude, ayant influencé la communication et la concertation interprofessionnelles et le niveau de coordination des interventions .....	291
Figure 20:	Relations entre la psychopathologie des mères, leurs perspectives d'amélioration et leurs capacités d'exercer leur rôle maternel .....	298
Figure 21:	Facteurs relevant de l'environnement familial associés à la réintégration du rôle maternel .....	299
Figure 22:	Facteurs associés à la cristallisation de perceptions défavorables vis à vis les mères atteintes de troubles mentaux et leurs familles et à la persistance d'interventions empreintes de directivité .....	303
Figure 23:	Relations entre le trouble mental des mères atteintes de troubles mentaux, leurs perceptions et sentiments à l'égard de leur rôle maternel et la distance établie vis-à-vis ce rôle .....	317
Figure 24:	Relations entre le trouble mental des mères, leur capacité à exercer leur rôle maternel et leurs relations avec leurs familles .....	328
Figure 25:	Facteurs relevant de l'ensemble des systèmes influençant la nature et le niveau d'investissement des soignants et l'orientation de leurs interventions à l'égard des mères atteintes de troubles mentaux .....	337
Figure 26:	Facteurs associés à la directivité des soignants envers les mères atteintes de troubles mentaux et leurs familles .....	344
Figure 27:	Facteurs associés à la directivité chez les soignants envers les mères atteintes de troubles mentaux, leurs familles et les autres intervenants .....	353

Figure 28:	Facteurs associés à la cristallisation des perceptions chez les soignants . . . . .	353
Figure 29:	Variables associées à la communication et à la concertation interprofessionnelles ainsi qu'à la coordination et à l'efficacité des interventions s'adressant aux mères atteintes de troubles mentaux . . . . .	361
Figure 30:	Facteurs associés à la prise en compte par les soignants du rôle maternel des mères atteintes de troubles mentaux graves . . . . .	368
Figure 31:	Facteurs associés la distanciation des familles de mères atteintes de troubles mentaux vis-à-vis le système d'intervention . . . . .	371
Figure 32:	Facteurs déterminant l'orientation des interventions s'adressant aux mères atteintes de troubles mentaux et à leurs enfants . . . . .	375
Figure 33:	Dynamique organisationnelle relevant du supra-système et son impact sur l'orientation des services s'adressant aux mères atteintes de troubles mentaux et à leurs familles . . . . .	380
Figure 34:	Problème de l'intervention thérapeutique auprès des mères atteintes de troubles mentaux: dynamique entre les facteurs impliqués . . . . .	396

## LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS

CII	Conseil des infirmières et des infirmiers
CH	Centre hospitalier
CHCD	Centre hospitalier de courte durée
CHPSY	Centre hospitalier psychiatrique
CLSC	Centre locaux des services communautaires
CM	Conseil multidisciplinaire
CMDP	Conseil de médecins, dentistes et pharmaciens
CSS	Centres de services sociaux
DSI	Direction des soins infirmiers
DSH	Direction des services hospitaliers
DSP	Direction des services professionnels
DPJ	Direction de la protection de la jeunesse
ÉLDEQ	Étude longitudinale du développement des enfants du Québec
ELNEJ	Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes
ENSP	Enquête nationale sur la santé de la population
ICIS	Institut canadien d'informations statistiques
MSSS	Ministère de la santé et des services sociaux
PSM	Politique de santé mentale
RRSSS	Régie régionale de la santé et des services sociaux
RRSSSMC	Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre



**LISTE DES ABRÉVIATIONS DANS LES FIGURES**

Aggravat.	Aggravation
Améliorat.	Amélioration
A/N	Au niveau de
Caract.indiv.	Caractéristiques individuelles
Cjt	Conjoint
CO	Contexte organisationnel
Compt.	Comportement
Enf	Enfant
Incompét.	Incompétence
Interprof.	Interprofessionnel
Interv.	Intervention
Pte	Patiente
Patho	Pathologie
Probl.	Problème
RM	Rôle maternel
SF	Système-famille
SI	Système d'intervention
SM	Santé mentale
SP	Système-patiente
Stabilisat.	Stabilisation
TM	Trouble mental
TMG	Trouble mental grave
VAV	Vis-à-vis

## REMERCIEMENTS

La rédaction de cette thèse fut un long processus au cours duquel j'ai fait de multiples apprentissages aux plans académique, professionnel et personnel. Pour leur conseils, suggestions et critiques, je remercie mes directeurs de thèse, monsieur Jean-Baptiste Haché et madame Micheline Saint-Jean.

Je tiens aussi à remercier plusieurs de mes collègues qui ont participé à cette étude. Tout d'abord, mesdames Françoise Bernard et Lise Labonté, en tant que chefs du service d'ergothérapie, m'ont toujours appuyée en me laissant la latitude nécessaire aux plans clinique et administratif. Elles firent preuve de grande compréhension et de soutien à mon égard. Puis, mesdames Françoise Bernard, Andrée Dô et Hélène Poitras, ergothérapeutes, m'ont assistée lors de l'expérimentation d'outils de validation. Madame Susan Desroches a participé à l'expérimentation en tant que co-thérapeute de la thérapie de groupe offerte aux mères. Enfin, je tiens à souligner la collaboration des divers professionnels de la santé impliqués de près ou de loin dans les soins et services auprès des patientes.

La participation des mères qui ont contribué à cette recherche a été essentielle à la réalisation de ce projet. Je remercie chaleureusement les mères qui ont permis que leur histoire soit racontée. Sans elles, cette étude n'aurait pu se réaliser. Je les en remercie grandement et j'espère que cette étude contribuera à améliorer les services dont elles ont tant besoin. D'autres mères, mesdames Diane Laplante, Maryse Montpetit et Ghyslaine Yelle, ont accepté que je les filme avec leur enfant pour me permettre de me familiariser avec les outils d'évaluation.

Je dois aussi des remerciements tout particuliers à madame Lise Gilbert pour son travail très attentif et d'une minutie exemplaire à la mise en page du texte et des figures et aux innombrables corrections et, à madame Maryse Montpetit, pour les traductions des outils d'évaluation lors de la première phase de cette étude.

Enfin, mon mari, Luc, et mes enfants, Sophie-Audrey et Thierry, m'ont soutenue tout au long de ce parcours, parfois difficile aussi pour eux. Leur présence et leur grande patience m'ont été très précieuses. Ils ont permis de maintenir une réalité structurante, valorisante et rassurante.

## INTRODUCTION

Cette étude s'intéresse aux femmes atteintes de troubles mentaux graves qui, étant mères, sont prises en charge par le système de soins en santé mentale. L'intérêt pour cette clientèle spécifique se fonde sur la perception assez généralisée que ces femmes sont traitées pour leurs troubles mentaux particuliers, que leur rôle maternel est peu pris en compte dans les plans d'intervention élaborés et réalisés pour elles et que cela peut, du moins en partie, expliquer le niveau d'efficacité des interventions. Car, de l'avis général, il en résulte peu de résultats thérapeutiques intéressants.

En dépit des progrès attribuables aux nombreuses réorganisations des soins et services en psychiatrie et en santé mentale au Québec, aux découvertes prodigieuses en pharmacologie ainsi qu'à la mise sur pied de programmes de réintégration sociale de personnes atteintes de troubles mentaux, un nombre important de mères atteintes de troubles mentaux graves en viennent, avec le temps, à une détérioration progressive –parfois permanente– de leur état et à l'abandon de leurs rôles sociaux, même, de leur rôle de mère. Cela les mène vers l'isolement.

Le rôle maternel est constitué d'activités importantes, de responsabilités et d'exigences impérieuses. Une fois qu'elles sont engagées, il est normalement très difficile, voire impossible, de s'en dégager. Si ces composantes de rôle, bien assumées, ont un impact positif et majeur sur le devenir des enfants et sur les dynamiques des familles, l'incapacité à les accomplir résulte en un impact négatif équivalent. De plus, le rôle maternel semble se situer dans un rapport circulaire avec la santé mentale des mères. Pour ces raisons, il apparaît important de tenter de cerner l'influence du rôle maternel et de la prise en compte de ce rôle dans la dynamique des interventions auprès des femmes-mères souffrant de troubles mentaux graves.

L'objectif principal de cette recherche peut donc s'exprimer comme suit: élaborer un ensemble de propositions explicatives qui puisse plausiblement i) explorer et expliquer la relation entre le rôle maternel, tel qu'assumé par les mères atteintes de troubles mentaux graves et prises en charge par le système de soins en santé mentale, et l'évolution de leur pathologie, ii) explorer et expliquer le niveau observé de prise en compte du rôle maternel dans les interventions auprès d'elles et iii) explorer et expliquer le rapport entre le niveau de la prise en compte du rôle maternel et ses antécédents et l'évolution de la pathologie des mères.

Au plan méthodologique, la poursuite de ces objectifs commandent une approche inductive d'élaboration théorique. Une telle approche inductive est justifiée en raison du fait que le problème envisagé a été peu étudié, particulièrement au Québec. Aussi, aucun cadre théorique existant ne peut, dans un contexte québécois ayant des caractéristiques qui lui sont propres, guider, à ce stade, une recherche de validation sur cette question.

L'étude rapportée ici fut réalisée aux moyens d'analyses minutieuses de cas sélectionnés pour être aussi différents que possible les uns des autres afin: i) de maximiser le nombre des variables susceptibles de contribuer à la découverte des explications recherchées et ii) de maximiser les valeurs associées à ces variables. Cette maximisation vise à assurer un potentiel de généralisation des hypothèses explicatives formulées. Les données issues de ces cas et utilisées pour cette recherche sont forcément de type qualitatif.

Les hypothèses élaborées au terme de cette recherche faciliteront des démarches de recherche de validation, de type quantitatif, qui pourront être menées par la suite. Ces démarches de validation en comparaison avec l'approche utilisée ici possèdent l'avantage d'être plus économiques et d'aller plus directement au but. Mais leur efficacité et efficience ne sont possibles que si elles sont guidées par des hypothèses plausibles. C'est l'objet de la présente recherche d'arriver à formuler de telles hypothèses plausibles.

Cette thèse comprend sept chapitres. Faisant suite à l'introduction, le chapitre 1 énonce la problématique, présente la recension des écrits et le cadre analytique et se termine par la présentation des questions spécifiques de recherche. Suivent, au chapitre 2, l'approche méthodologique de même que les stratégies de méthodologie particulières privilégiées pour cette étude. On y trouve aussi une discussion des questions de validité et de fidélité de cette recherche et des données produites et les limites et portée de cette étude. Le contexte organisationnel général du système québécois de santé et des services sociaux et le contexte plus particulier des services de santé mentale offerts sur l'Île de Montréal et au centre hospitalier où s'est tenue cette étude sont décrits au chapitre 3. Les chapitres 4, 5 et 6 présentent les histoires de cas des trois mères sélectionnées pour cette étude. De là s'amorce l'analyse des données et l'élaboration des hypothèses de travail qui, tout au long des données présentées dans ces chapitres, y seront confrontées pour soit, les éliminer soit, les modifier et les rendre ainsi les plus plausibles possible. Enfin, le chapitre 7 présente une discussion des résultats et conclusions en lien avec la littérature et un modèle de compréhension multidimensionnel du problème des interventions en santé mentale auprès des mères atteintes de troubles mentaux graves.

## Chapitre 1

Problématique, recension des écrits  
et cadre analytique

Le problème étudié ici est d'une grande complexité. L'efficacité des mesures thérapeutiques appliquées auprès des mères atteintes de troubles mentaux graves relève, au-delà des variables associées aux mères elles-mêmes, d'un ensemble complexe de structures, d'intervenants et de moyens. Cette complexité n'est cependant pas seulement attribuable à la diversité des éléments en cause mais aussi à leurs nombreuses interrelations. Ainsi cette étude devra se centrer sur les mères atteintes de troubles mentaux graves c'est-à-dire les patientes<sup>1</sup>, ainsi que sur leur environnement familial et social. Elle devra également se centrer sur le système d'intervention avec ses propres composantes et intervenants, sur les composantes organisationnelles définissant les mandats et les rôles de ces agents ainsi que sur les rapports entre eux. Ce système d'intervention peut être plus ou moins englobant. Il peut, en effet, comporter d'autres constituantes connues comme "services sociaux" et "réseau communautaire" auxquelles se greffe, au besoin, le "système judiciaire". Chacune de ces constituantes comporte, à son tour, différents paliers.

Ce chapitre examine, en premier lieu, la problématique à l'origine de cette étude dans ses différentes composantes, c'est-à-dire, les mères atteintes de troubles mentaux, leur environnement familial et social et le système d'intervention. La problématique présentée se fonde sur des avis de cliniciens ayant une expérience significative auprès des mères atteintes de troubles mentaux graves et de leurs enfants. Elle s'appuie aussi sur une partie de la littérature visant cette population, notamment des écrits portant sur la maternité et ses exigences dans un contexte de normalité puis dans un contexte pathologique et dysfonctionnel, sur l'impact de la pathologie des mères sur leurs enfants et autres membres de leur famille, sur la revue des statistiques accessibles ainsi que sur divers rapports et avis provenant de groupes de travail et comités en santé mentale.

La problématique est suivie d'une recension des écrits portant, plus spécifiquement, sur des études d'interventions thérapeutiques expérimentées auprès de mères atteintes de troubles mentaux et de leurs enfants, sur les difficultés d'intervention généralement rencontrées avec cette population et sur les interventions et approches préconisées à ce jour.

Ce chapitre se poursuit avec la présentation du cadre analytique où se trouvent les concepts qui seront utilisés pour l'analyse des données et l'élaboration des propositions théoriques. Les concepts retenus ont été regroupés sous trois grandes catégories: i) les *dimensions internes de l'individu*, c'est-à-dire les concepts de perception, valeur, attitude et comportement; ii) les *dimensions relationnelles de l'individu* regroupant les sous-catégories suivantes: le rôle incluant les concepts de rôle maternel et de compétence

---

<sup>1</sup> Le terme "patiente" est aussi utilisé dans ce texte pour désigner une mère atteinte d'un trouble mental.

parentale, le groupe et ses normes sociales, la coopération et le conflit dans les rapports de groupe, le statut, le pouvoir, le leadership et la directivité; iii) les *dimensions reliées à l'intervention*, soit l'intervention, l'alliance thérapeutique, l'investissement dans l'intervention thérapeutique, la communication interprofessionnelle et la bureaucratie professionnelle.

Ce chapitre se termine par les questions de recherche portant i) sur la relation entre le rôle maternel, tel qu'exercé par les mères atteintes de troubles mentaux graves, et leur pathologie, ii) sur la relation entre le niveau de prise en compte par les soignants du rôle maternel des patientes et les interventions mises en place pour elles et iii) sur l'impact des structures organisationnelles et du fonctionnement du système de soin sur la nature des interventions et sur la prise en compte du rôle maternel dans ces interventions.

## 1.1 PROBLÉMATIQUE ET RECENSION DES ÉCRITS

### 1.1.1 Les mères atteintes de troubles mentaux graves

Les études ayant examiné le niveau de compétence maternelle chez les mères atteintes de troubles mentaux graves<sup>2</sup> relatent leurs résultats sur le sujet sous deux volets. Il s'agit, d'une part, des difficultés de ces mères à assumer leur rôle maternel et, d'autre part, de leurs réactions au système d'intervention.

Des attentes de rôle s'imposent aux femmes dès le début d'une grossesse. Induites par des valeurs sociétales ou familiales, ces attentes supposent que les femmes visées possèdent les connaissances et les compétences requises pour assumer adéquatement leur nouveau rôle (Sabaletti et Waldron, 1995). Toutefois, selon Dumesnil (1998), la position parentale ne peut être limitée qu'à des compétences ou un rôle. Le développement de la maternalité<sup>3</sup> chez une femme éprouvant des problèmes de santé mentale, même légers, entraîne souvent des conséquences néfastes au plan personnel et au plan de sa santé mentale. Plusieurs auteurs sont d'avis que la combinaison des changements physiques, psychologiques, émotifs et relationnels et des exigences engendrées par la maternalité aggravent la pathologie et amplifient les difficultés associées au rôle de mère (Ainsworth, 1973; Anicet, Autin, Chauvin, Jardin, LeVan et Richaud, 1999; Beardslee, Versage et Gladstone, 1998; Bohlin et Hagekull, 1987; Bowlby, 1981; Cazas, Dhôte, Bouttier et Ginestet, 1990; Decerf, 1987; Isserlis, Boureau et Valleur, 1985; Kersting, Kushel, Reutemann, Ohrmann et Arolt, 2003; Klein, 1979; Lamour et Barraco,

---

<sup>2</sup> Cette catégorie de troubles mentaux graves réfère à la notion de troubles mentaux sévères et persistants définie dans la Politique de Santé Mentale. Cette catégorie regroupe "les personnes qui ont des troubles mentaux sévères, généralement persistants, associés à la détresse psychologique et à un niveau d'incapacité qui interfère de façon significative dans leurs relations interpersonnelles et leurs compétences sociales de base. On désigne habituellement ces personnes sous l'appellation malades mentaux chroniques." (Comité de la politique de santé mentale, 1987, p.34)

<sup>3</sup> Le concept de maternalité de même que ceux de paternalité et parentalité ont été développés par Benedeck (1959 dans Lamour et Barraco, 1998 et Racamier, 1979) afin de mettre en évidence le cheminement nécessaire aux nouveaux parents pour faire une place physique et psychique à leur bébé et l'accompagner dans son développement.



1998; Oates, 1997; Pépin, 1991; Racamier, 1979; Righetti-Veltama, 1986; Scarfone et Pepin, 1991; Shaffer, 1977 et Winnicott, 1971).

Il demeure difficile, à ce jour, de trouver au Québec, comme pour le reste du Canada, des données statistiques sur les caractéristiques de la population spécifique de mères souffrant de troubles mentaux graves ainsi que sur leurs enfants. On n'y trouve aucune statistique portant sur la population spécifique de mères souffrant de troubles tels la schizophrénie ou diverses autres formes de psychose ainsi que sur leur parentalité (Boily et Lew, 1997). Des rapports récents portant sur la santé mentale de la population générale ont été publiés suite à l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP, 1994-1996), l'Enquête sociale et de santé 1998 auprès de la population québécoise et deux enquêtes longitudinales québécoise et canadienne sur les enfants et les jeunes (ELNEJ, Canada et ÉLDEQ, 1998-2002)<sup>4</sup>. Mais ils ne fournissent que des données sur l'indice de détresse psychologique et les facteurs de dépression dans la population générale. Parmi ces données, l'ÉLDEQ (1998-2002) indique que dix pour cent des mères et quatre pour cent des pères des 2 120 enfants de leur échantillon présentaient des indices d'une dépression modérée à grave. L'Enquête sociale et de santé de 1998 montre également que les personnes présentant de la détresse psychologique en sont généralement affectées sur une longue période de temps entraînant, du même coup, des conséquences négatives dans diverses facettes de leur vie.

Bien qu'il demeure difficile de préciser l'incidence des problèmes de santé mentale chez les mères, plusieurs auteurs et intervenants sur le terrain clinique sont d'avis que l'intervention auprès des mères atteintes de troubles mentaux est difficile et complexe. Ces dernières éprouvent fréquemment des difficultés à demander de l'aide et, lorsqu'elles le font, à maintenir un engagement dans une intervention. Pourtant, plusieurs d'entre elles reconnaissent que le rôle maternel est l'occupation la plus significative pour elles (Esdaile et Olson, 2004; Mowbray, Oyserman, Bybee, MacFarlane et Rueda-Riedle, 2001). Ce phénomène de distanciation à l'égard du contexte thérapeutique s'expliquerait en partie par la pathologie mais aussi par des facteurs reliés au rôle maternel: par la peur de se voir jugées "mauvaises mères" et de se faire enlever leurs enfants. Les auteurs sont d'avis que ce phénomène contribue à complexifier et à rendre plus difficile l'intervention thérapeutique (Belville, Indyk, Shapiro, Dewart, Moss, Gordon et Lachapelle, 1991; Black, Nair, Kight, Wachtel, Roby, et Schuler, 1994; Cox, 1993; Goodman, 1984; Grunebaum et Gammeltoft, 1993; Lovell et Hawkins, 1988; Lyons-Ruth, Botein et Grunebaum, 1984; Manzano, Pallacio, Espasa et Knauer, 1984; Manzano et Lalive, 1983; Massé, 1989; Molenat et Toubin, 1996; Mouhot, 1998; Nicholson et Biebel, 2002; Sheppard, 2002; St-André, 1996 et Wickramaratne et Weissman, 1998).

---

<sup>4</sup> Soit l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ, Canada) et l'Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ, 1998-2002). Cette dernière étude fut mise sur pied pour examiner les facteurs de risque associés au développement de problèmes de comportement chez les enfants à partir de la petite enfance jusqu'à l'âge scolaire et, même au-delà, et favoriser ainsi une meilleure connaissance du processus d'adaptation psychosociale des enfants à leur environnement. Elle porte sur 2, 120 enfants âgés de cinq mois au début de l'étude et qui seront suivis jusqu'à l'âge de cinq ans. Parallèlement aux données sur l'enfant, des données sur son environnement familial seront aussi recueillies. Pour plus de détails concernant l'ÉLDEQ, se référer à: Japel, C., Tremblay, R.E. et McDuff, P. (2000) et Zoccolillo, M. (2000).

## 1.1.2 Problèmes et risques liés aux troubles de la mère et à son contexte

Les mères atteintes de troubles mentaux se retrouvent souvent en situation de monoparentalité, pauvreté et isolement. Plusieurs d'entre elles survivent ou maintiennent des contacts avec leurs familles ou amis (conjoint, famille élargie, amis). Le fait qu'une femme souffrant de troubles mentaux doive assumer un rôle maternel a des incidences sur les membres de son environnement familial et social. Ces derniers se retrouvent souvent dans des situations plus difficiles. Familles et amis doivent non seulement supporter une mère plus fragile au plan psychologique mais, dans bien des cas, la remplacer et assumer entièrement les soins à l'enfant. Dans de telles conditions, les membres de l'entourage sont eux-mêmes perturbés au plan émotionnel et, ainsi, moins réceptifs aux demandes des enfants (Cicchetti, Rogosh et Toch, 2000; Davenport, Zahn-Waxler, Adland et Mayfield, 1984; Gaensbauer, Harmon, Cytrin et Mcknew, 1984; Parnas, 1993; Radke-Yarrow, Cummings, Kuczunski et Chapman, 1985; Sameroff et Seifer, 1982; Sharlin et Shamai, 2000; Tronick et Gianino, 1986; Walker et Emory, 1983).

### 1.1.2.1 Facteurs de risque pour les enfants

Plusieurs auteurs ont émis l'hypothèse d'une vulnérabilité pour les enfants de personnes atteintes de maladie mentale. Cette vulnérabilité serait reliée à l'interaction des facteurs biologiques ou génétiques, psychologiques et environnementaux ou sociologiques (Weissman, Warner, Wickramaratne, Moreau et Olfson, 1997 dans Beardslee, Versage et Gladstone, 1998 et Duffy, 2000). Il existe un risque accru au plan génétique de développer une maladie mentale si l'un ou les deux parents en sont eux-mêmes atteints. Pour les enfants de parents dépressifs, par exemple, le risque de développer un trouble dépressif est deux à trois fois plus élevé que pour la population générale. En ce qui concerne les troubles bipolaires, les études familiales indiquent que ce risque est de 25 pour cent chez les enfants d'un parent atteint et de 50 pour cent à 75 pour cent si les deux parents le sont. On trouve aussi dix fois plus de dépression chez les enfants de personnes souffrant de troubles bipolaires que dans la population générale. De façon générale, plus l'âge d'apparition de la dépression parentale est jeune, plus le risque de psychopathologie augmente chez les enfants (Grigoroïu-Serbanescu, Christodorescu et Magureanu, 1991 dans Beardslee, Versage et Gladstone, 1998). Dans le cas de la schizophrénie, le risque pour un enfant de développer cette maladie est de 12 pour cent si un des parents est atteint et il augmente à 40 pour cent si les deux le sont alors que le risque pour la population générale est de un pour cent (Kaplan, Sadock et Cancro, 1998 dans Habimana, Ethier, Petot et Tousignant, 1999).

Les facteurs de risque génétiques et biologiques reliés à la dépression peuvent prédisposer les individus à des difficultés interpersonnelles. Selon Weinberg et Tronick (1997), les changements physiologiques et hormonaux associés à la dépression pré-natale chez la mère pourraient contribuer à un tempérament difficile chez l'enfant qui, à son tour, étant donné ses réactions insatisfaisantes, contribuerait à l'aggravation de la psychopathologie de la mère et à la compromission de la relation mère-enfant. Un

cycle perpétuel de dysfonctionnement relationnel et de transmission de la psychopathologie serait ainsi engendré (Duffy, 2000). Des études portant sur les interactions précoces de mères souffrant de dépression post-partum et de leur nourrisson ont montré que ces enfants étaient fréquemment exposés à des problèmes précoces de l'interaction mère-enfant et, ainsi, à des troubles de l'attachement et à des patrons relationnels inadaptés avec leur entourage (Tefi, Gelfand, Messinger et Isabella, 1995 dans Beardslee, Versage et Gladstone, 1998; Tronick et Gianino, 1986a). La psychopathologie maternelle affecte la régulation mutuelle des échanges affectifs et sociaux entre la mère et son nourrisson. Le processus de régulation mutuelle est primordial puisqu'il contribue, avec le temps, au développement chez l'enfant de la perception de soi en tant qu'être social, de stratégies de communication et de sa compréhension des normes de socialisation. Lorsque ce processus est efficace—c'est-à-dire lorsque la mère peut maintenir un synchronisme dans ses interactions avec le nourrisson, sinon le rétablir rapidement afin de ramener l'enfant à des affects positifs—, l'enfant est amené à vivre des émotions positives et un sentiment d'alliance avec sa mère. Si ce processus est mis en échec, de façon répétée, l'enfant intégrera un état affectif négatif, caractérisé principalement par de la tristesse, de la colère, une attitude défensive, de la méfiance à l'égard des autres, un manque de confiance en lui-même, un sentiment de solitude et un sentiment d'inefficacité dans ses communications avec sa mère. La difficulté de ces mères à montrer des comportements positifs envers leurs enfants peut induire des réactions négatives chez ces derniers. Cette relation de réciprocité négative contribuerait au maintien des patrons relationnels négatifs à travers les générations (Campbell, Cohn et Meyers, 1995; Hammen, Burge et Adrian, 1991 dans Beardslee, Versage et Gladstone, 1998 et Lebovici, 1994 dans Knauer et Palacio Espasa, 1997).

De nombreuses études ont démontré des problèmes aux plans développemental, émotif ou comportemental chez les enfants de mères ayant présenté des troubles mentaux graves (Black, Nair, Kight, Wachtel, Roby et Shuler, 1994; Boily et Lew, 1997 et Giovannoni, 1989 dans Cox, 1993). Plusieurs de ces enfants sont aussi fréquemment victimes d'abus physiques, de violence et de négligence (Avison et Gotlib, 1990; Beardslee, Versage et Gladstone, 1998; Cohler et Musik 1984; Goodman, Brogan, Lynch et Fielding, 1993; Lamour et Barraco, 1998; Oates, 1997; Offord et Lipman, 1996 dans Japel, Tremblay. et McDuff, 2000; Parnas, 1993; Seifer, 1996; Sharlin et Shamai, 2000; Tienari, Sorri, Lahti, Naarala, Wahlberg, Moring, Pohjola et Wynne, 1987). Ces comportements abusifs, violents et négligents induisent chez ces enfants un sentiment d'adversité, augmentant de ce fait les risques de dépression et d'anxiété (Goodyer et Altham, 1991 dans Duffy, 2000).

Les enfants de mères souffrant de troubles mentaux ne développent pas nécessairement des comportements inadaptés aux difficultés de leur mère. Cette dernière peut toutefois les percevoir comme tels à travers ses propres projections ou conflits. Suscitant un sentiment d'incompétence maternelle, ces perceptions erronées produisent le même résultat (Pawl et Lieberman, 1997).

### 1.1.2.2 Autres facteurs de risque

Outre les facteurs directement reliés à la psychopathologie maternelle, s'ajoutent d'autres facteurs de risque tant pour les enfants que pour leur mère et père, reliés à leur environnement familial et social. Les effets de ces facteurs de risque, bien qu'indirects, sont cumulatifs, amplifiant le stress psychologique vécu par les parents et leurs enfants (Bybee, Mowbray, Oyserman et Lewandowski, 2003; Offord, 1990 dans Japel, Tremblay et McDuff, 2000; Sameroff, Seifer, Zax et Barocas, 1987). Ces autres facteurs relèvent du système familial–psychopathologie chez le père, conflit conjugal, monoparentalité, fonctionnement familial dysfonctionnel (Kashani, Allan, Dahlmeir, Rezvani et Reid, 1995 et Arsanow et Hollis, 1996 dans Duffy, 2000)–et du système social–fréquents déménagements, problèmes socio-économiques, isolement social, jeune âge et faible niveau de scolarité chez les parents–(Epstein, Bishop, Baldwin, 1981 dans Seifer, 1996; Japel, Tremblay et McDuff, 2000; Sharlin et Shamai, 2000; Zoccolillo, 2000). Ces facteurs lorsqu'ils sont associés à des troubles mentaux, même légers, chez l'un ou les deux parents amplifient les impacts déjà très négatifs de la psychopathologie (Beach et Nelson, 1990 dans Beardslee, Versage et Gladstone, 1998). Le fonctionnement général des familles, où l'un des parents présente un trouble de santé mentale est le plus souvent dysfonctionnel (Gotlib, et Whiffen, 1989 dans Beardslee, Versage et Gladstone, 1998; Pépin, 1996; St-André, 1996). Selon l'ÉLDEQ (Japel, Tremblay et McDuff, 2000; Zoccolillo, 2000), 27% des mères québécoises présentant de fortes tendances dépressives vivent avec un conjoint qui a aussi déclaré une plus forte détresse psychologique et 30% des mères dépressives vivent dans des familles décrites comme étant dysfonctionnelles.

La littérature récente tend vers l'étude des impacts de la psychopathologie parentale plutôt qu'uniquement maternelle (Lamour et Barraco, 1998; Dumesnil, 1998; Sharlin et Shamai, 2000)<sup>5</sup>. D'autres considèrent que la majorité des personnes qui ont des problèmes de santé mentale et qui sont parents sont des femmes (Nicholson, Nason, Calabresi, et Yando, 1999 dans Mowbray, Oyserman, Bybee, MacFarlane et Rueda-Riedle, 2001). Ce ne serait pas tant le diagnostic des parents que le niveau d'atteinte de leur fonctionnement qui a un impact négatif sur les enfants. En ce qui concerne les mères, la récurrence dans leurs désordres psychiatriques plutôt que les épisodes aigus ou les hospitalisations, lorsque la récurrence est associée à des troubles de la personnalité, des conflits conjugaux et sociaux ou l'absence de réseau social aurait le plus d'impacts négatifs sur les enfants (Oates, 1997; Sameroff, Seifer et Zax, 1982; Sharlin et Shamai, 2000).

L'hospitalisation de la mère comme celle du père ne doivent toutefois pas être minimisées. Les enfants vivent, en effet, des difficultés lorsque leur mère ou père atteints de troubles mentaux sont hospitalisés. Des réactions d'anxiété, d'angoisse de séparation, de culpabilité, de peur et d'ambivalence envers le parent malade, des sentiments d'embarras face aux pairs et d'inquiétude à l'égard de leur propre santé

---

<sup>5</sup> C'est pourquoi il est fait mention dans ce texte, tantôt, de psychopathologie maternelle, tantôt, de psychopathologie parentale.

mentale ont été observées chez plusieurs de ces enfants (Shachnow, 1987 dans Boily et Lew, 1997). De plus, plusieurs d'entre eux sont soumis à des placements multiples dans des familles d'accueil non familiales. D'où des effets profonds sur le développement de leur capacité d'attachement et de relation avec les autres (Lamour et Barraco, 1998; Rutter et Quinton, 1984 dans Oates 1997).

En dépit des risques connus, les enfants de mères atteintes de troubles mentaux peuvent bénéficier de facteurs de protection ou de résilience. La résilience consiste en des qualités ou forces chez l'enfant ou dans son environnement qui l'aident à faire face aux événements stressants de la vie (Beardslee et Hokes, 1997; Cyrulnik, 2001). Parmi ces facteurs, l'on note une attention soutenue à l'enfant durant les premiers mois de sa vie, une relation positive entre l'enfant et ses parents, l'empathie des parents à son égard, le soutien de l'entourage auprès des parents et de l'enfant de façon à maintenir un bon fonctionnement familial et à leur fournir l'accès à des modèles positifs, la possibilité de parler ouvertement de la maladie, la participation de la mère à des activités extérieures au milieu familial, des structures et règles cohérentes et bien définies à la maison et dans la famille (Beardslee et Hokes, 1997; Garnezy, 1987; Shachnow, 1987; Tress, Reister et Gegenheimer, 1989 dans Habimana, Ethier, Petot et Tousignant, 1999). Les enfants résilients présenteraient, eux-mêmes, des caractéristiques qui les protégeraient de la psychopathologie dont une bonne santé physique, de fortes habiletés intellectuelles, un tempérament facile, de fortes capacités à s'adapter et à s'engager dans des relations intimes et de soutien ainsi que la confiance en soi basée sur leur capacité à évaluer correctement les problèmes de leurs parents, leur responsabilité vis à vis la pathologie parentale, leur capacité à s'en dégager et les ressources familiales dont ils disposent (Cicchetti et Rogosh, 1997; Rutter, 1987 dans Beardslee, Versage et Gladstone, 1998). Il arrive assez souvent, par ailleurs, que les enfants résilients doivent assumer des responsabilités au-delà de leurs capacités ou de leur niveau de développement, voire un rôle parental à l'égard de leur mère malade. En conséquence, ces enfants courent le risque de développer une autonomie excessive que certains appellent l'«inversion du rôle parental» ou «parentification de l'enfant» (Boily et Lew, 1997).

En somme, outre les facteurs de risque directement reliés à la psychopathologie parentale, les enfants de mères atteintes de troubles mentaux sont exposés à plusieurs autres facteurs de risque relevant de l'environnement familial et social. Plusieurs de ces enfants ont en eux des forces ou sont soumis à des facteurs favorisant une certaine résilience. Ainsi, certains auteurs recommandent des interventions précoces de nature préventive pour éviter le développement de problèmes chez ces enfants (Apfel et Handel, 1993; Esdaile et Olson, 2004; Lamour et Barraco, 1998, 1995; Pépin, 1996; Seifer, 1996; Sharlin et Shamai, 2000; St-André, 1996). Toutefois, il apparaît, qu'indépendamment des problèmes présentés, les enfants de parents atteints de troubles mentaux sont souvent exclus du processus d'aide en psychiatrie (Beardslee, Keller, Lavori, Staley et Sacks, 1993 dans Beardslee, Versage et Gladstone, 1998; Boily et Lew 1997).

### 1.1.3 Le système d'intervention au Québec<sup>6</sup>

En dépit d'une sensibilisation accrue à la problématique des enfants vivant avec un parent atteint d'un trouble mental, il n'existe dans les établissements de santé et de services sociaux canadiens et québécois, tout comme aux États-Unis, aucune politique institutionnelle à l'égard de ces enfants (Habimana, Ethier, Petot et Tousignant, 1999). Au Québec, les écrits démontrent que l'on se préoccupe de plus en plus de l'impact des troubles mentaux des parents sur leurs enfants soulignant par là le besoin d'interventions efficaces auprès de ces familles (Pépin, 1996; St-André, 1996). Cette préoccupation est toutefois récente et demeure faible (Boily et Lew, 1997).

Certains auteurs notent le manque d'attention accordée par les intervenants en psychiatrie adulte au rôle parental des personnes atteintes de troubles mentaux (Boily et Lew, 1997; Bennett, 1996 dans Oates, 1997; Mowbray, Schwartz, Bybee, Spang, Rueda-Riedle et Oyserman, 2000). De même, l'on s'étonne du peu d'attention accordée à la maternité sur l'évolution de la pathologie et sur le pronostic de femmes atteintes de schizophrénie ou de désordres affectifs graves (Boily et Lew, 1997; Oates, 1997; Esdaile et Olson, 2004). L'absence de questions dans les échelles d'évaluation les plus courantes concernant le soin des enfants et l'évaluation des risques auxquels ils peuvent être exposés, comme l'absence de données épidémiologiques portant sur le rôle parental des personnes atteintes de troubles mentaux, sont pour ces auteurs des indices du manque de préoccupation des intervenants dans ce domaine.

Entre 1993 et 1996, environ 15 000 enfants québécois ont été pris en charge annuellement par les Centres Jeunesse dans le cadre de la Loi sur la protection de la jeunesse (Pinard et Ménard, 1997 dans Boily et Lew, 1997). Au 31 mars 2002, on comptait au Québec 13 573 enfants placés en milieu substitut (famille d'accueil et ressource résidentielle) (Gouvernement du Québec, 2003). Des données plus précises indiquant le pourcentage de ces enfants dont la situation de compromission aurait pu être reliée à des problèmes de santé mentale chez leurs parents ou, encore, les données portant sur la "parentalité" des personnes traitées pour une maladie mentale demeurent inaccessibles. Aussi ne s'étonne-t-on pas de l'absence de programmes, du côté des services à la jeunesse, spécialement conçus pour la "jeunesse et leur famille" ayant un parent atteint de maladie mentale grave (Boily et Lew, 1997). De même, aucune part de l'argent attribuée aux services de santé mentale par le Gouvernement du Québec n'a été allouée à des programmes de support aux enfants de personnes atteintes de maladie mentale<sup>7</sup>. Une étude de Blanch et de ses collaborateurs (1994 dans Boily et Lew, 1997), tenue en 1992 dans l'État de New York, indiquent que 16 pour cent des 63 000 enfants placés et 21 pour cent des 41 000 devant recevoir des services de support pour les maintenir dans leur milieu, avaient au moins un parent souffrant d'une

---

<sup>6</sup> Les grandes caractéristiques du système d'intervention en santé mentale au Québec, étant donné les influences qu'elles exercent sur les actions des intervenants qui y travaillent, sont présentées au chapitre 2 portant sur le contexte général et spécifique de cette étude.

<sup>7</sup> En 1994-1995, le Gouvernement du Québec dépensait 1, 12 milliard pour les services de santé mentale. De ce montant, aucune somme ne fut allouée à des programmes de support aux enfants de personnes atteintes de maladie mentale (MSSS, avril 1997 dans Boily et Lew, 1997).

maladie mentale grave. Boily et Lew (1997) sont d'avis que ces pourcentages peuvent ressembler à la réalité québécoise.

Au Québec, certains auteurs ont dénoncé le manque de ressources pour travailler de façon efficace auprès des familles en difficulté (Boily et Lew, 1997; Massé, 1989 et Bouchard, 1982). Dans son rapport "Le Québec fou de ses enfants", publié en 1991, le Groupe de travail pour les jeunes, dirigé par Camil Bouchard, énonçait plusieurs recommandations concernant l'intervention auprès de familles en difficulté<sup>8</sup>. Cependant, malgré l'intérêt qu'ont suscité ces recommandations, elles sont encore loin de l'actualisation. Cela exigerait une modification en profondeur des politiques et des mentalités. Plusieurs travaux produits par d'autres groupes de travail et comités—dont le Comité de la politique de santé mentale—ont mené à des recommandations intégrées par la suite à la Politique de santé mentale au Québec lesquelles, par ailleurs, n'ont pu être mises en application ou ne l'ont été que partiellement (RRSSS, Montréal-Centre, 1995, 1997).

Les interventions s'adressant aux mères présentant un trouble mental grave qui prennent en compte leur rôle maternel apparaissent comme des initiatives isolées<sup>9</sup>. D'autres programmes s'adressant aux familles en difficulté ont été mis sur pied dans certaines communautés ou dans des CLSC. Ces programmes ne sont toutefois pas organisés ou n'ont pas les ressources suffisantes pour répondre à l'ampleur et à la complexité des problèmes des mères atteintes de troubles mentaux graves, d'autant plus que ces dernières sont particulièrement difficiles à rejoindre et à maintenir en traitement. Ces programmes répondent, généralement, essentiellement à des objectifs de prévention et d'éducation et sont destinés à une clientèle moins lourde.

Dans les établissements hospitaliers offrant des services de psychiatrie, le rôle maternel est généralement peu pris en compte dans le traitement des mères. Peu d'équipes de traitement en psychiatrie adulte se préoccupent réellement des enfants des parents qu'elles traitent malgré qu'elles puissent être sensibilisées à l'impact des troubles mentaux de leurs patients sur leurs familles et prêtes à donner du soutien à ces dernières (Boily et Lew 1997; Cicchetti, Rogosh et Toth, 2000; Esdaile et Olson, 2004). Les interventions offertes dans ces contextes visent, le plus souvent, essentiellement le traitement du trouble mental. Elles s'attardent peu aux incapacités découlant du trouble mental même si ces incapacités se répercutent sur les rôles individuels et sociaux des patientes.

La difficulté à prendre en compte le rôle maternel dans le traitement des mères souffrant d'un trouble mental grave peut relever des intervenants mais, aussi, du contexte organisationnel dans lequel ils

---

<sup>8</sup> Ce Rapport examine les problèmes des enfants issus de familles en difficulté et ne s'attarde pas, spécifiquement, aux enfants de mères atteintes de troubles mentaux graves.

<sup>9</sup> Parmi les programmes ayant fait l'objet de publications, notons: le Projet des Mères Visiteuses élaboré initialement par Massé (1989) où des mères bénévoles et non professionnelles prennent en charge des mères en difficulté de leur quartier au moyen d'interventions soutenues à domicile; le Programme Parents-Enfants, développé à la Clinique de pédopsychiatrie à l'Hôpital Douglas, s'adressant à la fois aux enfants et à leurs parents atteints d'un trouble mental grave (voir Dongier, Lobato et Laplante, 1991); et le Programme d'intervention familiale élaboré et appliqué durant deux ans (1992-1994) à l'Hôpital Louis-H Lafontaine par Boily et Lew (1997)

pratiquent. S'il peut se développer des contre-attitudes à l'égard des incapacités des mères à s'occuper adéquatement de leurs enfants chez les intervenants (Apfel et Handel, 1993; Belville, Indyk, Shapiro, Dewart, Moss, Gordon et Lachapelle, 1991; Cazas, Dhôte, Bouttier et Ginestet, 1990; Lamour et Barraco, 1998; Molinat et Toubin, 1996; Sharlin et Shamai, 2000)<sup>10</sup>, ces derniers sont aussi confrontés à de nombreuses tensions reliées, entre autres, à leur contexte de pratique propre, aux divergences idéologiques issues de la confrontation des divers milieux de pratique ainsi qu'aux décisions politico-administratives relevant de hiérarchies supérieures sur lesquelles ils ont peu de prise<sup>11</sup>.

La structure organisationnelle des services de santé et des services sociaux peut aussi ajouter des contraintes additionnelles aux problèmes d'intervention auprès des mères atteintes de troubles mentaux graves, de leurs enfants et de leurs familles. L'organisation des services en santé mentale, par exemple, fait en sorte que les mères atteintes de troubles mentaux graves et leurs enfants, si ces derniers ont besoin d'un suivi, ne peuvent pas toujours être traités dans un même établissement. De plus, les problèmes des uns et des autres, selon leur nature –médicale, psychiatrique, psychosociale, judiciaire, ... –ne relèvent pas des mêmes instances qui, en outre, sont souvent morcelées et cloisonnées (Comité de santé mentale, 1994). Au Québec, les interventions s'adressant aux mères atteintes de troubles mentaux graves et à leur famille sont tributaires de l'organisation des soins et services (suppression de lits, non hospitalisation, congés très rapides, moyens de soutien mal adaptés) continuellement soumise à des changements majeurs aux plans politique et structurel (Habimana, Ethier, Petot et Tousignant, 1999)<sup>12</sup>. Ces éléments contextuels sont difficiles à modifier en dépit des recommandations formulées par les comités relevant d'institutions gouvernementales et par les groupes d'experts (Boily et Lew, 1997; Comité de santé mentale, 1994). Cette difficulté est attribuée à la rigidité des grands systèmes et à la résistance des divers intervenants à remettre en question leur fonctionnement dans le cadre des milieux où ils oeuvrent.

En somme, l'examen des diverses composantes de la problématique de l'intervention auprès des mères atteintes de troubles mentaux fait ressortir son importante complexité. Les difficultés de ces dernières ou leur incapacité à exercer de façon adéquate leur rôle maternel les exposent de même que leurs enfants et les autres membres de leur famille à d'autres problèmes augmentant, de ce fait, les risques de psychopathologie ou de dysfonctions relationnelles et fonctionnelles pour chacun d'entre eux. D'une part, ces mères, en dépit de leurs difficultés, n'ont pas tendance à demander ou à poursuivre un suivi psychiatrique en milieu hospitalier. D'autre part, il ressort que leur rôle maternel est difficilement pris en compte dans leur traitement psychiatrique. Certains facteurs reliés à l'organisation des services de santé et des services sociaux peuvent contribuer à expliquer la difficulté à répondre avec efficacité à

---

<sup>10</sup> Cette question sera discutée plus en profondeur au dernier chapitre.

<sup>11</sup> Les nombreuses transformations du système de santé et des services sociaux ont contribué au développement de conflits interprofessionnels bien ancrés. Ce phénomène est décrit au chapitre 3 portant sur le contexte organisationnel général et particulier.

<sup>12</sup> Une description exhaustive des transformations et des remises en question auxquelles ont été soumises le système de santé et des services sociaux et le système de soins en santé mentale est présentée au chapitre 3 portant sur le contexte organisationnel général et particulier.



l'ensemble des besoins de ces mères. Certains de ces facteurs se rattachent à des instances politico-administratives de niveau supérieur, mais aussi à des instances relevant de paliers inférieurs. Cette étude a tenté de prendre en compte l'ensemble de ces facteurs et leurs interrelations.

#### **1.1.4 Interventions thérapeutiques auprès de mères souffrant de troubles mentaux graves**

La recension des écrits suivante porte plus spécifiquement sur diverses modalités d'intervention qui ont été expérimentées auprès de mères atteintes d'un trouble mental grave et leurs enfants, sur les difficultés généralement rencontrées et les approches préconisées avec cette population.

Diverses modalités d'intervention sont préconisées pour les mères ou parents atteints de troubles mentaux et leurs enfants. Ces interventions peuvent prendre différentes formes dont des psychothérapies individuelles, des psychothérapies en dyade mère-enfant, en triade mère-père-enfant, des thérapies de groupe (pour les mères seulement ou pour les mères et leurs enfants), des thérapies de couple ou familiale, des interventions à domicile ou des programmes d'intervention combinant ces diverses modalités afin de mieux répondre à l'ensemble des besoins des parents et de leurs enfants.

Les interventions s'adressant aux mères présentant des troubles mentaux, ayant fait l'objet d'études, ont rarement produit des résultats significatifs au plan de leur efficacité. Ces études ont porté sur divers types d'intervention allant d'un simple soutien, avec ou sans accompagnement pour la mère dans son rôle maternel, à des programmes intensifs dans le cadre de centres de jour, de programmes communautaires ou de programmes d'intervention à domicile. La plupart de ces interventions auraient contribué à des améliorations à court terme chez les mères et leurs enfants. Mais plusieurs de ces études, outre le fait qu'elles étaient de courte durée, présentaient des problèmes méthodologiques de sorte qu'il n'était pas possible de conclure à leur efficacité.

Malgré la difficulté de démontrer avec certitude l'efficacité de ces interventions, les auteurs s'accordent pour dire que la prise en charge de la relation mère-enfant constitue un facteur déterminant pour l'évolution favorable de la pathologie de la mère et de l'enfant et que l'établissement d'une bonne relation de confiance est le facteur le plus important pour obtenir des résultats relativement satisfaisants dans le traitement des mères atteintes de troubles mentaux graves et de leurs enfants (Benjamin et Benjamin, 1995; Cazas, Dhôte, Bouttier et Ginestet, 1990; Goodman, 1984; Isserlis, Boureau et Valleur, 1985; Lyons-Ruth, Botein et Grunebaum, 1984; Manzano, Pallacio-Espasa et Knauer, 1984; Pawl et Lieberman, 1997). Selon Free, Alechina et Zahn-Waxler (1996), les mères dépressives ayant bénéficié de psychothérapie montrent de meilleures capacités à communiquer au plan affectif avec leurs enfants. De même, les psychothérapies brèves mère-enfant ont été trouvées efficaces avec des mères ayant présenté une dépression post-partum (Chabrol, Teissedre, Saint-Jean, Teisseyre, Sistac, Michaud et Roge, 2002; Clark, Tluczek et Wenzel, 2003). Elles ont contribué à modifier leur vécu très négatif et

très dévalorisé en tant que mère, améliorant du même coup leur relation avec leur enfant (Knauer et Palacio Espasa, 1997). Les interventions en dyade mère-enfant s'avèrent intéressantes pour diminuer les mécanismes d'identification projective des mères envers leur enfant et, ainsi, développer, chez elles, la capacité de le reconnaître comme un être en soi. Les interventions en dyade, lorsqu'elles sont appliquées au cours de la première année de la vie de l'enfant, peuvent mener à des réaménagements au niveau de la relation d'attachement entre la mère et l'enfant (Muir et Thorlaksdottir, 1994). De même, les interventions très précoces, lorsque possible, dès la grossesse, sont préconisées tant pour les mères atteintes de troubles mentaux, que pour leurs enfants et leurs familles (Apfel et Handel, 1993; Cazas, Dhôte, Bouttier et Ginestet, 1990; Cicchetti, Rogosh et Toch, 2000; Lortie, 1996; Scarfone et Pépin, 1991; St-André, 1996; Wainscott, 2002).

Suivant un objectif de prévention, certains misent sur la promotion de facteurs de résilience chez les enfants de parents atteints de troubles mentaux (Beardslee, Salt, Versage, Gladstone, Wright et Rothberg, 1997a et Beardslee, Versage, Wright *et al.*, 1997b dans Beardslee, Versage et Gladstone, 1998; Cyrulnik, 2001). Ils recommandent tout d'abord d'évaluer les facteurs de risque associés à leur maladie et de promouvoir les facteurs de résilience qui peuvent être présents chez leurs enfants. Ce type d'intervention contribue aussi à améliorer, à un niveau plus global, les comportements et attitudes des parents.

Certaines interventions, ayant fait l'objet d'études récentes, apparaissent prometteuses. La "Toddler-Parent Psychotherapy", développée à partir des travaux de Fraiberg, Adelson et Shapiro (1975 dans Cicchetti, Rogosh et Toch, 2000) et de Liberman, (1991 dans Cicchetti, Rogosh et Toch, 2000), fut trouvée efficace lors d'une étude auprès d'enfants âgés de 18 mois à trois ans et de leurs mères portant un diagnostic de dépression majeure, récurrente ou non. Des améliorations ont été notées au niveau du développement cognitif des enfants, des relations mère-enfant et de l'expression affective des mères à l'égard de leur enfant. Une autre étude, celle de Luthar et Suchman (2000) portant sur l'efficacité d'une thérapie de groupe auprès de mères toxicomanes, la "Relational Psychotherapy Mother's Group", montre aussi des résultats positifs. Cette thérapie de groupe, fondée sur une approche structurée et sur l'exploration plutôt que sur la prescription de solutions au niveau des habiletés parentales, aurait amené ces mères à prendre en charge leur rôle maternel. Cette étude a mis en évidence, chez ces dernières, des améliorations au niveau de leurs habiletés parentales ainsi qu'un plus grand sentiment de satisfaction à l'égard de leur rôle maternel, la diminution des risques de mauvais traitements pour leurs enfants, des améliorations notables et soutenues dans les interactions affectives mère-enfant. Les auteurs ont, par ailleurs, noté peu de changement dans les facettes instrumentales du rôle parental comme la discipline et l'autonomie.

Plusieurs auteurs, cependant, sont d'avis qu'aucune approche ou intervention n'est à privilégier et qu'il est parfois nécessaire de réaménager les diverses approches et les philosophies sous-jacentes selon les besoins des parents atteints de troubles mentaux et de leurs enfants pour y répondre de façon plus

efficace. Ils suggèrent, alors, de recourir à une combinaison flexible de modalités d'intervention basées sur la problématique de chacune des familles et de les ajuster selon leur évolution (Keren, Spitzer et Tyano, 1998; Luthar et Walsh, 1995; Pawl et Lieberman, 1997; Sharlin et Shamai, 2000; Trad, 1994).

Les écrits recensés font ressortir des différences selon les régions quant aux philosophies et aux approches d'intervention. Par exemple, en Europe, pour les mères souffrant de troubles psychotiques, certains ont recours à des hospitalisations conjointes mères-nourrissons pour éviter les risques de traumatismes induits par les séparations mère-enfant (Cazas, Dhôte, Bouttier et Ginestet, 1990; Chauvin dans Anicet, Autin, Chauvin, Jardin, Le Van et Richaud, 1999; Lamour et Barraco, 1998; Mouhot, 1998). Si, pour des raisons de protection, il y a lieu de séparer la mère de l'enfant, il est préconisé que cette séparation soit traitée par la médiatisation de la relation mère-enfant et par un soutien fourni à la mère et à son entourage (David, 1987; David, Castex, Léger, et Merlet, 1981). Le travail à domicile et en réseau sont aussi des interventions privilégiées avec cette clientèle (Lamour et Barraco, 1998).

En Amérique du Nord, les intervenants sont de plus en plus confrontés aux conséquences de la persistance de la maladie mentale pour les mères qui en sont atteintes et pour leur famille. Ces conséquences, la polytoxicomanie, la pauvreté extrême et l'itinérance, s'ajoutent à la méfiance ressentie par ces mères et constituent les principales barrières aux interventions auprès de cette population. Les auteurs nord-américains préconisent donc des interventions globales et intégrées dans des programmes alliant les milieux de soins professionnels, les services sociaux et les organismes communautaires (Belville, Indyk, Shapiro, Dewart, Moss, Gordon et Lachapelle, 1991; Black, Nair, Kight, Wachtel, Roby, et Schuler, 1994; Cox, 1993; Goodman, 1984; Massé, 1989). Les hospitalisations mère-enfant sont beaucoup plus rares en Amérique du Nord étant considérées trop coûteuses et difficiles à organiser dans les structures en place. On y prône plutôt des interventions dans la communauté ou à domicile à partir d'approches psycho-éducatives et de réadaptation qui visent à améliorer les habiletés parentales chez la mère et à favoriser le développement sain de l'enfant. Les programmes comportant des interventions soutenues à domicile sont souvent reconnus comme ayant des effets importants auprès des mères présentant des problèmes multiples et qui ont tendance à éviter les milieux traditionnels de soins (Luthar et Suchman, 2000; Luthar et Walsh, 1995 et Sharlin et Shamai, 2000).

Au Québec, récemment, des auteurs ont exprimé leurs préoccupations quant au devenir des enfants de parents présentant un problème de santé mentale. Ils ont proposé des interventions de nature préventive, très précoces, et à perspective large, impliquant un suivi combiné des enfants et des parents (Lortie, 1996; Pépin, 1996; Seifer, 1996 et St-André, 1996). Certains expriment cependant un pessimisme quant à de tels programmes étant donné le retrait du soutien gouvernemental aux services de santé et aux services sociaux (Boily et Lew, 1997 et Seifer, 1996)<sup>13</sup>.

---

<sup>13</sup> Boily et Lew (1997) sont d'avis que la parentalité des personnes atteintes de troubles mentaux et traitées en psychiatrie est peu prise en compte malgré de "perpétuelles réformes des services de santé et des services sociaux".

Parmi les programmes de nature préventive étudiés récemment au Québec, l'on trouve le Programme d'intervention parents-enfants, appelé "Liens Familiaux"<sup>14</sup> et le Programme d'intervention familiale développé par Boily et Lew (1997). Le premier s'adressait à la clientèle particulière de parents toxicomanes et leurs enfants. Il visait à aider les familles à développer de nouvelles habiletés dans leurs relations affectives et à retrouver la maîtrise de leur vie familiale par la mise en place ou le renforcement d'éléments protecteurs comme les valeurs familiales, le sentiment d'appartenance, le plaisir en famille, la confiance, l'expression de sentiments, la communication et la capacité de prendre des décisions. Ce programme s'est avéré peu efficace statistiquement mais des améliorations intéressantes furent notées, notamment au niveau de la perception de l'environnement familial par les divers membres de la famille. Le Programme d'intervention familiale, quant à lui, fut développé et appliqué entre 1992 et 1994 à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. Ce programme d'interventions brèves-environ 13 heures par dossier-visait la prise en charge des enfants de parents atteints de troubles mentaux, lorsque ces derniers devaient être hospitalisés, dans le but de s'assurer de l'adéquacité des mesures substituts prises par le parent pour la durée de son hospitalisation et de les ajuster au besoin. Il visait aussi à fournir de l'aide et du soutien au parent dans son rôle parental. Selon les auteurs, ce programme a contribué, pour les personnes traitées, à favoriser leur réadaptation à leur rôle parental, à améliorer leur connaissance de la maladie et à prévenir, ainsi, des rechutes et réhospitalisation dues à la non observance du traitement. Pour les enfants, ce programme a permis de réduire leur détresse psychologique et d'améliorer leur sécurité. Les familles et le réseau social des personnes traitées ont pu s'impliquer et être soutenus par ce programme qui a aussi contribué à leur sensibilisation à la situation précaire des enfants et à une meilleure connaissance de la pathologie des personnes atteintes.

### 1.1.5 Conclusion

En résumé, le problème de l'intervention s'adressant aux mères souffrant de troubles mentaux graves peut être reliée à plusieurs composantes d'un système complexe. Ces mères, en raison d'une dysfonction due à leur trouble mental, peuvent éprouver des difficultés à assumer adéquatement leur rôle maternel ce qui provoque souvent des impacts négatifs sur le système familial. Ces difficultés, y inclus le rôle maternel, peuvent ne pas être prises en compte par les intervenants en santé mentale.

La revue des recherches récentes sur le sujet met en évidence l'insuffisance de fondements théoriques solides pour fournir une explication satisfaisante du problème de l'intervention s'adressant au rôle maternel des mères atteintes de troubles mentaux graves. Si certains aspects de ce problème ont été davantage étudiés, il n'en reste pas moins que l'impact de la psychopathologie de la mère sur ses enfants et sa famille demeure méconnu. Tout comme l'impact du rôle maternel et de la famille sur la psychopathologie des mères et sur la nature des traitements qui leur sont offerts. Plusieurs questions

---

<sup>14</sup> Il s'agit du programme américain de prévention "Family Connections" qui fut traduit et appliqué au Québec par Dobkin, Beaudoin, Paré, Daoust, Chiasson (1996). Cette étude est rapportée ici par Dufour et Nadeau (1998).

persistent quant à l'efficacité des divers modes d'intervention auprès de cette clientèle et quant aux mécanismes de développement et de maintien de programmes appropriés aux besoins des mères atteintes de troubles mentaux graves. Au Québec, la structure organisationnelle des services de santé et des services sociaux ainsi que la répartition des rôles et responsabilités des intervenants auraient une influence certaine mais méconnue.

Il est apparu, dès lors, qu'en plus des variables associées aux patientes, à leur environnement familial et social et aux soignants, le contexte organisationnel des services en santé mentale doit être pris en compte dans cette étude. Étant donné l'importance de bien connaître les éléments structurels de ce système ainsi que leur évolution historique, le contexte organisationnel général ainsi que le contexte organisationnel particulier au milieu où s'est tenue cette étude sont présentés au chapitre 3. Ce chapitre contient un rappel de faits marquants de l'évolution du système de santé et de services sociaux et les aspects structurels les plus pertinents pour cette étude. Il s'agit des principales politiques et structures organisationnelles en santé mentale ainsi que des règles inhérentes au système professionnel et à l'organisation du travail. En plus, ce chapitre présente le contexte organisationnel des services en santé mentale, tel qu'on le trouve sur le territoire de l'Île de Montréal et au centre hospitalier où s'est déroulée l'étude.

## 1.2 CADRE ANALYTIQUE

Cette étude n'a pas été guidée par des hypothèses spécifiques présentant les principaux concepts théoriques à vérifier. Néanmoins, plusieurs concepts, de diverses sources théoriques, ont servi à représenter la réalité observée et à suggérer les liens possibles entre eux. Les principaux parmi ces concepts sont présentés ici. Il s'agit de ceux qui ont contribué à l'élaboration des propositions explicatives qui ont émergé au fil de l'analyse des données. Aucun effort n'est fait pour les présenter dans un ordre cohérent, au plan théorique. Cela sera fait dans l'ensemble des propositions hypothèses présentées au dernier chapitre comme résultats de l'étude. Ces concepts font appel à plusieurs disciplines dont la psychologie sociale, la sociologie et l'administration. Pour en faciliter l'examen, les concepts retenus ont été regroupés sous les trois grandes catégories suivantes: i) les dimensions internes de l'individu (la perception et les valeurs, les attitudes et comportements); ii) les dimensions relationnelles de l'individu (le rôle incluant les notions de rôle maternel et de compétence parentale, le groupe et ses normes sociales, la coopération et le conflit dans les rapports de groupe, le statut, le pouvoir, le leadership et la directivité) et iii) les concepts reliés à l'intervention (l'intervention, l'alliance thérapeutique, l'investissement dans l'intervention, la communication interprofessionnelle et la bureaucratie professionnelle). Les notions relatives à la bureaucratie professionnelle viennent appuyer, au plan théorique, l'analyse des données émergentes relatives à la structure des rôles professionnels.

## 1.2.1 Les concepts liés aux dimensions internes de l'individu

Les concepts suivants se rapportent aux dimensions internes de l'individu. Ils exercent une influence importante sur ses rapports avec l'environnement. Ces concepts, la perception, les valeurs, attitudes et comportements, seront fréquemment utilisés dans l'analyse des cas de cette étude.

### 1.2.1.1 La perception

La perception est un processus par lequel la personne organise et interprète les stimuli sensoriels, en vue de donner un sens à son environnement (Côté, Bélanger et Jacques, 1994). La perception se distingue de la cognition, en ce sens qu'elle est plus immédiate et plus directement liée à l'expérience sensorielle, alors que les processus cognitifs font en sorte qu'un individu peut penser, décider, choisir ou inférer. Ce processus implique une interaction dynamique entre la personne et la réalité objective. En conséquence, la perception est fortement influencée par les caractéristiques de l'individu qui perçoit, c'est-à-dire, ses motivations, ses attentes, ses sentiments, ses valeurs ainsi que ses expériences passées. Elle est aussi influencée par les facteurs sociaux tels les jugements de groupe (Benesh, 1995). La perception joue un rôle crucial dans le processus de communication entre les personnes et entre les groupes. Elle contribue à l'évaluation subjective des personnes ou des situations.

La nature même de la perception fait en sorte que l'individu est exposé à un certain nombre d'erreurs de cognition comme, par exemple, les stéréotypes. Les stéréotypes font en sorte que l'on attribue un ensemble de caractéristiques à un individu ou à un groupe à partir de parcelles d'informations. Parmi les conséquences des stéréotypes, notons l'exclusion d'autres traits ou caractéristiques d'une personne ou d'un groupe qui peuvent, néanmoins, être très importants pour en saisir la réalité globale. Les stéréotypes constituent un mécanisme important dans le maintien des préjugés (Gergen, Gergen et Jutras, 1992). Aussi, lorsque la réalité perçue a été transformée en stéréotype ou en préjugé, elle devient résistante au changement.

### 1.2.1.2 Les valeurs, attitudes et comportements

Une valeur, en tant que guide interne des actions et des jugements d'un individu, se définit comme une "conviction profonde et relativement stable chez la personne quant à la supériorité d'un mode de conduite ou d'un objectif de vie" (Rokeach, 1973 dans Côté, Bélanger et Jacques, 1994, p.129). Selon Rokeach (1970), les valeurs sont à l'origine des attitudes et comportements. Elles peuvent être abstraites, idéales, positives ou négatives, conscientes ou non conscientes; mais elles représentent les croyances d'une personne à propos des modes de conduite jugées idéales. Les valeurs sont érigées en système structuré en organisation hiérarchique d'idéaux ou de valeurs en terme d'importance. Le système de valeurs représente l'organisation des règles apprises en vue de faire des choix et pour résoudre des conflits.

Une attitude consiste en une "prédisposition à réagir d'une façon systématique et récurrente, favorable ou défavorable chaque fois que l'on rencontre les mêmes personnes, objets et situations (Côté, Bélanger et Jacques, 1994, p.134). En comparaison avec une valeur, une attitude s'adresse plus spécifiquement aux objets ou aux situations et exerce ainsi une influence plus directe sur les comportements. Selon Rokeach (1970) l'attitude est une organisation relativement durable de croyances à propos d'un objet ou d'une situation, prédisposant une personne à répondre d'une manière préférentielle. Ainsi, l'attitude est suffisamment ancrée dans la personne de sorte qu'elle est difficile à modifier à court terme.

Une attitude est constituée de trois composantes: une composante cognitive ou une "idée, une connaissance, une croyance quelconque concernant l'objet de l'attitude", une composante affective qui concerne les émotions ou sentiments qui surgissent lorsque l'individu est confronté à cet objet et une composante comportementale qui correspond à une "incitation à l'action" ou à l'orientation de l'action devant l'objet (Côté, Bélanger et Jacques, 1994, p.135; Gergen, Gergen et Jutras, 1992). Ces composantes sont interreliées et concordantes. Les études sur les attitudes ont donné naissance à diverses théories qui montrent la tendance de l'individu à maintenir l'uniformité entre les différentes composantes d'une attitude, entre les croyances et valeurs sous-jacentes aux attitudes et entre les attitudes et les comportements. Parmi ces études, la théorie de la dissonance cognitive de Leon Festinger (1957) décrit l'état inconfortable dans lequel se trouve un individu lorsqu'il est confronté aux effets antagonistes de ses attitudes, croyances et comportements.

Les attitudes sont des prédispositions plutôt durables ce qui leur confère un caractère rigide. Benesch (1995, p. 457) définit les attitudes comme des "pensées et des postures pétrifiées" qui peuvent se transformer en préjugés. Les attitudes, à ce stade, ne seront plus remises en question lors d'expériences nouvelles. Le caractère durable des attitudes joue un rôle utilitaire tant comme mécanisme de défense individuel que comme mode d'organisation des connaissances d'un monde constitué d'une grande quantité et d'une grande variété d'informations (Katz, 1961 dans Côté, Bélanger et Jacques, 1994; Rokeach, 1970).

Cela dit, les attitudes peuvent se modifier. Elles le peuvent dans chacune de leurs composantes au moyen du processus de communication. Le changement d'attitude est toutefois difficile à obtenir puisqu'il comporte un changement au plan des prédispositions, de l'organisation ou de la structure des croyances ou dans le contenu, dans au moins une des croyances intégrée dans le système d'attitudes (Rokeach, 1970). L'attitude ne change, souvent, qu'après un changement de comportement.

En ce qui regarde le comportement, étant donné la variété des définitions existantes selon les orientations théoriques, la définition suivante est retenue en raison du fait qu'elle tient compte non seulement des actes posés mais aussi du fait qu'ils représentent le monde interne de l'individu. Le comportement se définit comme une "réalité appréhendable sous la forme d'unités d'observation, les actes, dont la fréquence et les enchaînements sont susceptibles de se modifier; il traduit en action

l'image de la situation telle qu'elle est élaborée, avec ses outils propres, par l'être qu'on étudie: le comportement exprime une forme de représentation et de construction d'un monde particulier" (Bloch, Chemama, Gallo, Leconte, Le Ny, Postel, Moscovici, Reuchlin et Vurpillot, 1992, p.154).

Il est souvent postulé que les attitudes devraient permettre de prédire les comportements. Plusieurs études montrent que cette relation est faible. Il peut y avoir des divergences entre les attitudes et les comportements, en raison de la discordance provoquée par les attitudes contradictoires et, en raison du fait que les comportements dépendent aussi d'autres variables telles, les "normes sociales internalisées", les habitudes, les capacités réelles d'agir et les conséquences anticipées des comportements (Bergeron, Côté Léger, Jacques et Bélanger, 1979).

## **1.2.2 Les concepts liés aux dimensions relationnelles de l'individu**

### 1.2.2.1 Le rôle

La théorie du rôle est utilisée dans cette étude comme moyen heuristique pour faciliter l'analyse des données. Les rôles sont des règles, prescrites ou non, qui dictent ou influencent fortement les comportements des individus (Gergen, Gergen et Jutras, 1992). Le concept de rôle est examiné ici en fonction de l'individu et de l'organisation.

#### 1.2.2.1.1 Rôle et individualité

Bien que considéré le plus souvent dans un contexte de système social, les auteurs reconnaissent au rôle des incidences au plan individuel et une réciprocité entre la personnalité d'un individu et l'ensemble des rôles qu'il occupe (Deutsch et Krauss, 1972). D'un côté, la personnalité peut prédisposer à adopter certains rôles; l'individu répond ainsi à ses besoins personnels. Le rôle a aussi une fonction d'expression, permettant à la personne de se manifester "à travers une pluralité de rôles dont elle peut modifier le profil et qu'elle intègre plus ou moins harmonieusement" en fonction de son idéal personnel (Bloch, Chemama, Gallo *et al.*, 1991; p.682).

Les rôles exercent une "double fonction régulatrice" sur les relations sociales et sur l'identité personnelle. Ils offrent l'opportunité à la personne de s'affranchir de ses modes antérieurs de conduite et d'en expérimenter des nouveaux (Gergen, Gergen et Jutras, 1992). Selon cette perspective, la personnalité se définit comme le reflet d'un ensemble de rôles adoptés par un individu; son comportement s'explique alors par des règles intériorisées induites par ces rôles.

Le fait d'adhérer à des rôles dans diverses situations sociales produit un comportement social ordonné. Certains auteurs sont d'avis que les valeurs et attitudes associées à certains statuts et rôles peuvent d'elles-mêmes s'intégrer à la structure de la personnalité d'un individu, devenant un attribut de la



personnalité. Elles peuvent, ainsi, exercer une influence sur ses interactions sociales (Merton 1957 dans Deutsch et Krauss, 1972). D'autres tenants de la théorie du rôle sont d'avis que la maladie mentale est influencée par les règles relatives aux rôles (Braginsky, Braginsky, et Ring, 1969 et Goffman, 1961 dans Gergen, Gergen et Jutras, 1992). Ils prétendent que la maladie mentale est régie par certaines règles qui font en sorte qu'un individu peut apprendre à tenir le rôle de malade mental afin de provoquer les effets particuliers correspondant aux règles informelles de nos institutions sociales. Les patients psychiatriques seraient, ainsi, capables de modifier leurs comportements pour paraître plus ou moins malades ou encore pour obtenir leur congé ou prolonger leur hospitalisation. De même, Goffman (1961 dans Gergen, Gergen et Jutras, 1992) est d'avis qu'une personne admise dans une institution psychiatrique apprend les règles qui dictent le comportement d'un patient et apprend à tenir le rôle d'un malade mental sous peine d'être pénalisé par l'institution. Tout en soignant les patients, le personnel leur "enseigne ... les avantages qu'il y a à agir comme un être diminué" (Goffman 1961 dans Gergen, Gergen et Jutras, 1992, p.20). De telles propositions sont à l'origine des mouvements de désinstitutionnalisation en psychiatrie.

#### 1.2.2.1.2 Rôle dans une organisation

Katz et Kahn (1978) se sont intéressés au concept de rôle dans le contexte des organisations. Pour eux, une organisation est un système ouvert qui doit maintenir une stabilité malgré les conditions de roulement du personnel. La stabilité d'une organisation se fonde ainsi sur les actions ou événements plutôt que sur les personnes qui les exécutent. On ne peut, par ailleurs, négliger l'aspect humain d'une organisation en raison du fait que les comportements humains sont basés sur des attitudes, des croyances, des perceptions, des habitudes, des attentes et des motivations. Katz et Kahn (1978) sont d'avis que les actions et rôles des personnes engagées dans les organisations sont déterminés par un processus d'apprentissage de rôles ainsi que par des éléments de motivation extrinsèques et intrinsèques.

Dans une organisation, une personne occupe ou tient un rôle lorsqu'elle occupe une position qui comporte un ensemble de comportements et d'attitudes spécifiques à cette position et dont les résultats sont prévisibles (Katz et Kahn, 1978; Côté, Bélanger et Jacques, 1994). Par sa position dans un certain espace organisationnel, la personne est liée à plusieurs autres tenants de rôle qui occupent leur propre position dans cet espace. Ces positions peuvent se situer à des niveaux hiérarchiques différents. Leurs relations sont, en outre, déterminées par des facteurs tels la charge de travail, la technologie et les structures d'autorité de l'organisation. Les rôles joués par le tenant de rôle sont fonction du cadre social de l'organisation mais sont aussi influencés par d'autres cadres sociaux tels sa famille et ses modèles idéaux (Bloch, Chemama, Gallo *et al.*, 1992). Pour les fins de cette étude, trois types de rôle sont examinés soit, le rôle prescrit et le rôle attendu, le rôle subjectif ou perçu et le rôle mis en acte. Si ces rôles peuvent coïncider dans une situation idéale, cela est plutôt rare dans la réalité .

### Rôle prescrit et attendu

De façon générale, le rôle a comme fonction principale d'assurer la prédictabilité des comportements. Aussi, dès qu'il occupe un poste, l'individu est soumis à des attentes. Le rôle prescrit est celui qui est défini selon l'organisation. Le rôle attendu, lui, correspond aux attentes des autres membres du groupe, auquel le tenant du rôle appartient. Ces attentes de rôle sont transmises dans un rapport d'influence et peuvent être contradictoires selon leur provenance (supérieurs, pairs, membres de la famille, ...). Selon Katz et Kahn (1978), le processus d'attribution de rôle est accompagné d'un système de récompenses et de punitions correspondant à un système plus ou moins formel de normes sociales. Ce système normatif intervient selon le degré de conformité de l'individu au rôle prescrit ou attendu et peut se manifester par des pressions pour forcer le tenant du rôle à se conformer. Le degré de conformité du tenant du rôle est fonction de la légitimité de celui qui assigne le rôle, de l'efficacité du système de récompense/punition et de la perception de l'acteur de son propre rôle. Les attentes de rôle de l'individu à l'égard de lui-même et à l'égard de ses partenaires constituent, en effet, un autre facteur important qui influence sa façon de tenir son rôle. Bien que la personne occupe un rôle dans une organisation, la prescription de rôle laisse place à une gamme relativement étendue de comportements. Cette marge de liberté permet aux individus de tenir leurs rôles en tenant compte de leur personnalité et de diminuer ainsi les tensions associées aux rôles (Parson et Shils, 1951 dans Deutsch et Krauss, 1972).

### Rôle subjectif ou perçu

Le rôle subjectif ou perçu consiste au rôle assigné selon le point de vue du tenant du rôle. De l'avis de Benesch (1995), la personne qui adopte certains rôles ne les perçoit, le plus souvent, que partiellement en raison des nombreuses facettes que possède un rôle. Le rôle prescrit doit être en conformité avec certaines caractéristiques individuelles du tenant du rôle notamment, ses valeurs, ses croyances et ses habitudes, la satisfaction procurée par le rôle assigné et sa compatibilité avec ses autres rôles. Cette dernière condition est essentielle pour que le rôle perçu par l'individu rejoigne ses forces motivationnelles et ne suscite pas de fortes résistances ou de conflits. Les prescriptions ou attentes de rôle perçues comme illégitimes peuvent susciter des comportements différents voire opposés à ceux attendus et qui correspondent au rôle perçu (Katz et Kahn, 1978).

Une personne soumise à un long processus de socialisation et d'entraînement formel dans une organisation peut avoir intégré les prescriptions de rôle de l'organisation à son propre système de valeurs. Elle peut ainsi avoir développé une identité occupationnelle de soi ce qui l'amènera à agir selon ces valeurs (Katz et Kahn, 1978). En d'autres termes, le fait d'occuper un rôle pendant une certaine période de temps peut modeler des attitudes et perceptions du tenant de rôle. Cette position rejoint celle de Merton (1957 dans Deutsch et Krauss, 1972) qui postule que les valeurs et attitudes associées à certains statuts et rôles peuvent d'elles-mêmes s'intégrer à la structure de la personnalité d'un individu, devenant, ainsi, un attribut de sa personnalité.

### Rôle mis en acte

Le rôle mis en acte est l'action ou le comportement produits par le tenant du rôle suite au complexe d'informations et d'influences auquel il a été soumis. Le processus d'attribution et d'adoption de rôles fonctionne selon un mode systémique où le rôle mis en acte a un effet de rétroaction sur le processus. Cela permet des ajustements tant chez les transmetteurs de rôles que chez celui qui l'occupe par l'influence mutuelle qu'ils exercent (Katz et Kahn, 1978).

### Conflits de rôle

Il arrive souvent qu'une personne occupe plus d'un rôle de même qu'un rôle peut être tenu par plusieurs personnes à la fois. Cela nécessite un degré plus élevé de coordination pour diminuer le risque d'un conflit de rôle. Le tenant de rôle est alors plus exposé aux conflits de rôles qui peuvent prendre la forme d'un conflit intra-rôle—si un détenteur de rôles est exposé à des prescriptions et à des attentes incompatibles—ou d'un conflit inter-rôles lorsqu'un individu détient plusieurs rôles en position antagoniste (Côté, Bélanger et Jacques, 1994). Cette situation se produit lorsqu'il y a occurrence de plusieurs attentes de rôle et, qu'en conséquence, la conformité à un rôle rend plus difficile la pratique des autres (Katz et Kahn, 1978). Les situations de cette nature sont attribuables à plusieurs facteurs dont des mésententes ou un manque de coordination entre les transmetteurs de rôle et des incohérences entre les attentes de rôle de l'individu et celles des autres. Les conflits de rôles créent des tensions chez le tenant de rôles et ont un impact sur sa performance. Ils peuvent, par ailleurs, devenir source de créativité et de changement social (Bloch, Chemama, Gallo *et al.*, 1992).

Le concept de conflit de rôles est évoqué à plusieurs reprises, dans cette étude, particulièrement le conflit de rôle maternel. Le conflit de rôle maternel peut prendre la forme d'un conflit "inter-rôles" chez la mère, c'est-à-dire, d'un conflit entre son rôle maternel et ses autres rôles. Il peut s'agir aussi d'un conflit entre ses attentes personnelles à l'égard du rôle maternel et les attentes de rôles—pouvant aussi être différentes ou en position antagoniste—provenant des membres de son entourage ou des soignants. Ce conflit se manifeste par la discordance entre son rôle perçu et son rôle mis en acte qu'elle peut plus ou moins réaliser selon sa condition pathologique. Selon Pearlin, Lieberman, Menaghan et Mullan (1981 dans Mc Lean et Link, 1994), les conflits de rôle constituent une source importante de tension chronique associée à de la détresse psychologique. De plus des expériences stressantes vécues dans un des rôles occupés par une même personne—par exemple dans le rôle de travailleur—peut contribuer à augmenter le stress dans les autres rôles tenus par cette personne de même que dans ses relations (Pearlin, 1989 dans Avison et Gotlib, 1994).

### Ambiguïté de rôle

L'ambiguïté de rôle est un autre type de problème rencontré dans les organisations ou dans les groupes. Elle est causée par un sentiment d'incertitude chez une personne à l'égard des rôles qu'elle occupe, que ce soit dans la façon de l'exercer, dans les objectifs de rôle ou dans les relations ambiguës avec ses partenaires. Parmi les situations conduisant aux ambiguïtés de rôle, Katz et Kahn (1978) soulignent le phénomène de rotation dans les organisations. Cette situation a, chez le tenant du rôle, des effets similaires au conflit de rôles particulièrement à l'égard de la réduction de la performance occasionnant, en outre, la diminution de la confiance en soi et un sentiment de futilité.

#### 1.2.2.1.3 Rôle maternel et compétence parentale

Le processus d'acquisition du rôle de mère et de père est considéré comme une période de transition au cours de laquelle les parents acquièrent la compétence requise pour assumer leurs fonctions parentales et intègrent les comportements parentaux à l'ensemble de leurs autres rôles de sorte qu'ils soient à l'aise dans leur identité de parent (Mercer et Ferketich, 1994). C'est au cours de cette période que s'établissent les liens d'attachement entre les parents et l'enfant. Pour la mère, l'élaboration de ce lien serait reliée à la formation de son identité maternelle et à l'acquisition de sa compétence sur ce plan<sup>15</sup>.

Le processus d'acquisition du rôle maternel comporte une composante affective, ou perception subjective, à propos de ses habiletés de mère et une composante comportementale correspondant à sa capacité réelle à répondre aux besoins de l'enfant (Walker, Crain et Thompson, 1986b dans Léonard et Paul, 1996). La composante affective détermine le sentiment de compétence parentale alors que la composante comportementale détermine le niveau de compétence parentale. Le sentiment de compétence parentale se définit, plus spécifiquement, par la perception qu'une mère ou un père ont de leurs habiletés et par le degré de confiance en eux-mêmes résultant de l'ensemble de leurs interactions. D'autres facteurs, tels la valeur accordée au rôle parental et le degré de bien-être et de stress ressentis dans l'exercice de ce rôle, influencent aussi le sentiment de compétence parentale. Pour la mère, la perception de l'expérience de l'accouchement et ses traits de personnalité de même que l'ensemble des perturbations physiques, psychologiques et émotionnelles relevant de la maternité ont un impact sur son sentiment de compétence maternelle (Léonard et Paul, 1996 et Mercer et Ferketich, 1994). Ce sentiment, ainsi élaboré, a une incidence sur sa compétence réelle en ce domaine (Wagner et Morse, 1975 et Gibaud-Wallston et Wandersman, 1978 dans Léonard et Paul, 1996).

La notion de compétence parentale comporte implicitement un jugement porté par un observateur externe sur les habiletés des parents à exécuter leur rôle. La compétence parentale est alors jugée selon

---

<sup>15</sup> Hypothèse formulée par Rubin (1984) et démontrée par Mercer et Ferketich (1994).

le degré de concordance entre les actions des parents et les normes et attentes de la société (Sabaletti et Waldron, 1995). La mère élabore sa nouvelle identité en recherchant de l'information et des connaissances lui permettant de vérifier ses valeurs et d'acquérir un sentiment de maîtrise ou de contrôle dans son rôle maternel ainsi qu'un concept de soi positif en tant que mère lesquels sont de bons prédicteurs de la compétence maternelle (Deutsch, Ruble, Fleming, Brooks-Gumm et Stangor, 1988 et Rubin, 1984 dans Mercer et Ferketich, 1994). Outre la rétroaction provenant du réseau social, les caractéristiques et réactions de l'enfant sont une autre source d'information contribuant à la confiance de la mère en elle-même. Elle poursuit, ainsi, le développement de sa compétence maternelle à travers les diverses étapes de développement de son enfant (Boily et Lew, 1997 et Mercer, 1985a dans Mercer et Ferketich, 1994).

La compétence maternelle, de même que les liens d'attachement entre la mère et le bébé, ne se développent pas spontanément à la naissance de celui-ci. Il existe, en effet, des conditions préalables à l'acquisition de la compétence maternelle dont la maturité psychologique, un fonctionnement cognitif adulte et des attentes réalistes par rapport au rôle maternel (Julian, 1983 dans Léonard et Paul, 1996 et MSSS (1989b)<sup>16</sup>. Elle relève aussi de plusieurs autres facteurs reliés aux parents (l'âge, l'expérience parentale antérieure, le sexe, le niveau de scolarité et l'état matrimonial), à l'enfant (l'état de santé et le tempérament) et à l'environnement (contexte socio-économique et la présence d'un soutien social) (Léonard et Paul, 1996).

Boily et Lew (1997) soulignent l'importance de distinguer les notions de compétence parentale et de capacité parentale. Une personne peut perdre provisoirement ses capacités d'actualiser ses compétences sans pour autant perdre ses compétences: ses limites sont alors ponctuelles. Ainsi, une mère atteinte d'un trouble mental peut avoir perdu temporairement ses pleines capacités parentales sans avoir perdu ses compétences acquises avant sa maladie. D'où l'importance, pour ces auteurs, de distinguer la réadaptation des capacités des programmes de développement des compétences.

#### 1.2.2.2 Le groupe et ses normes

Une équipe de professionnels, de soignants, ou une famille constituent des groupes formels existant pour réaliser des tâches spécifiques. Les interactions entre les membres d'un groupe sont marquées par l'interdépendance et la collaboration pour atteindre leurs objectifs communs. On retrouve généralement dans les groupes formels une structure d'autorité c'est-à-dire un système de statuts et de rôles bien définis, développés et durables dans le temps. Le fait d'appartenir à un groupe permet de rejoindre certains besoins de l'individu dont les besoins d'affiliation, d'identification, de sécurité, de coopération,

---

<sup>16</sup> Plusieurs autres auteurs, présentés à la section de la problématique portant sur les mères atteintes de troubles mentaux, ont traité de la phase de développement psycho-affectif que représente la maternalité et les exigences associées au rôle maternel.

d'estime et de pouvoir (Côté, Bélanger et Jacques, 1994).

Homans (1950), le premier à cerner conceptuellement le groupe au plan sociologique, le définit comme un système social comportant trois éléments comportementaux de base: les activités ou les tâches accomplies par les membres du groupe, les interactions entre les membres et les sentiments que l'auteur définit comme un ensemble de valeurs et d'attitudes développées entre les membres et à l'intérieur du groupe. Ces trois éléments sont interdépendants et se renforcent mutuellement. Dans un contexte, où plusieurs personnes exécutent des tâches et interagissent ensemble, il s'en dégage des sentiments mutuels qui deviennent positifs ou négatifs. Parallèlement, plus les personnes ont tendance à adopter des valeurs et attitudes similaires, plus ces sentiments deviennent positifs. Et parce qu'il en résulte des sentiments positifs gratifiants, le nombre d'interactions augmente entre eux. Aux sentiments négatifs correspond une diminution des interactions pour en éviter l'effet punitif. Ces mécanismes mènent éventuellement à la structuration des normes (Homans, 1950, 1968). Le déroulement de ce processus est à la base du développement des valeurs et des attitudes de groupe ainsi que des normes de groupe ou attentes à l'égard des membres du groupe.

Les normes sont des conventions qui règlent la vie sociale et contribuent à résoudre les conflits avant qu'ils n'éclatent (Benesh, 1995). Elles peuvent être formelles ou informelles. Elles sont transmises par des comportements standards ou, de façon implicite, par des messages symboliques. Les normes de groupe conduisent au conformisme des membres et assurent, ainsi, le maintien de l'existence du groupe et l'atteinte des objectifs collectifs. La non conformité aux normes ou aux attentes du groupe par un des membres conduit à la désapprobation des autres membres du groupe. Les normes de groupe ont aussi cette autre fonction d'éviter le recours au pouvoir personnel car elles constituent une mesure de contrôle extérieure aux personnes (Côté, Bélanger et Jacques, 1994). Les normes peuvent être abolies ou transformées par l'apport de nouvelles normes. L'évolution des normes peut être fonction de l'orientation idéologique des personnes (Benesh, 1995).

La conformité aux normes d'un groupe est fonction du degré de cohésion de ce groupe. Ainsi, plus un groupe est cohésif, plus les normes sont fermes et plus le degré de conformité des membres est élevé. Lorsque les statuts des membres sont clairs à l'égard des normes, ils tendent à montrer une plus grande motivation à l'égard de l'atteinte des objectifs du groupe. Les groupes hautement cohésifs réagissent fortement lorsqu'ils se sentent attaqués. Par ailleurs, l'intégration à un groupe cohésif par un nouveau membre est difficile. En dépit de normes plus solides, il est, par ailleurs, possible, dans un groupe hautement cohésif, de travailler à en modifier les normes en raison d'un plus grand sentiment de sécurité et de stabilité chez les membres. La cohésion dans un groupe comporte toutefois certains risques dont la perte de sens critique et d'objectivité ainsi que le développement d'opinions stéréotypés (Côté, Bélanger et Jacques, 1994).

#### 1.2.2.2.1 Coopération et conflit dans les rapports de groupe

Une organisation est, entre autres, composée de plusieurs groupes formels et informels pour assurer la réalisation de l'ensemble de ses tâches. Les relations inter-groupes peuvent se tenir sur des bases de coopération ou de conflit. Certaines conditions, comme l'existence de responsabilités et d'objectifs communs, l'existence d'un danger commun ou l'appartenance des individus à plusieurs groupes qui ont à coopérer, favorisent la coopération. Les interactions, échanges et discussions fournissent la possibilité de critiquer les perceptions mutuelles. Par contre, des conditions telles la rareté des ressources, les tendances à l'autonomie dans les situations où le contrôle est excessif et le fait de s'identifier à des sous-objectifs propres à chacun des groupes conduisent, le plus souvent, au conflit.

À l'intérieur du groupe, les conflits sont le plus souvent attribuables à un "conflit de rang ou de rôle" engendrant entre les membres, rivalités, envie et désir de vengeance. Un conflit de cette nature a tendance à se cristalliser. Les conflits externes relèvent, pour la plupart, de "conflits d'intérêts", chacun des groupes s'opposant aux exigences de l'autre (Benesh, 1995; p. 321).

#### 1.2.2.3 Le statut

Conceptuellement, le statut se distingue du rôle. Le statut réfère au rang d'une personne occupant un rôle dans un système social. C'est la "position ou la caractéristique sociale susceptibles de préciser la condition ou le rang d'un individu par rapport aux autres dans un groupe ou dans une société donnée" (Bloch, Chemama, Gallo *et al.*, 1992, p. 749). Le statut peut être attribué ou "imposé" lorsque les critères d'attribution sont incontrôlables ou "liés à la naissance" - âge, sexe - (Bloch, Chemama, Gallo *et al.*, 1992). Le statut peut aussi être "attribué" ou "acquis" par des moyens tels l'éducation, l'expertise ou lorsqu'il relève de l'initiative de l'individu (Côté, Bélanger et Jacques, 1994, p.207; Bloch, Chemama, Gallo *et al.*, 1992, p. 749).

Le statut comporte un aspect prescriptif qui fait en sorte qu'il implique, selon sa position hiérarchique ou fonctionnelle, certaines catégories de tâches et un jeu défini de rapports sociaux (Bloch, Chemama, Gallo *et al.*, 1992, p. 749). Il comporte aussi un aspect évaluatif qui correspond à un certain rang dans l'échelle de valeurs ou de prestige. Le statut intervient dans le champ des relations interpersonnelles et en fixe les modalités. À chaque statut correspond un système de valeurs et des conduites qui lui sont propres bien que cela n'exclut pas le fait que des individus de même statut ne se comporte pas toujours de façon identique. Cette différence s'explique, comme pour le rôle, par la perception de l'individu quant à son statut.

Dans les organisations, comme dans les groupes, les membres ont rarement un statut équivalent. Le tenant de rôles dans une organisation fait partie d'un ou de plusieurs groupes dont les rapports sont souvent hiérarchiques. On y retrouve généralement un ou des chefs, des collègues et des subordonnés,

lesquels peuvent se situer dans un même département ou dans des départements différents. Le concept de statut fait appel aux concepts complémentaires de pouvoir et de leadership.

#### 1.2.2.4 Le pouvoir

Le pouvoir est un phénomène omniprésent qui suscite souvent de la controverse. Il est perçu tantôt comme une source d'abus, tantôt comme un élément de force. En fait, le pouvoir détermine pour l'individu la possibilité d'agir. Il est indispensable à la survie et au fonctionnement des individus et des organisations. Dans les organisations, le pouvoir détermine la nature et la qualité des échanges entre les personnes ainsi que l'efficacité des interactions (Côté, Bélanger et Jacques, 1994). L'absence de pouvoir entraîne le chaos et le désordre dans les groupes ou les organisations.

Dahl (dans Bergeron, Côté Léger, Jacques et Bélanger, 1979, p. 205) propose une définition du pouvoir qui tient compte de la réalité interpersonnelle du pouvoir et qui englobe la notion d'influence. Dans cette perspective, un individu a du pouvoir "lorsqu'il est capable d'influencer une ou plusieurs personnes pour obtenir ce qu'il veut ou faire exécuter ce qu'il désire voir accomplir". De même, Crozier et Friedberg (1977 dans Côté, Bélanger et Jacques, 1994, p.282) définissent le pouvoir comme un concept relationnel c'est-à-dire "un rapport de force, dont l'un peut retirer davantage de l'autre, mais où, également, l'un n'est jamais dépourvu face à l'autre". Les personnes soumises au pouvoir peuvent, par ailleurs, avoir recours au contre-pouvoir par lequel il est possible "d'atténuer les pressions qui s'exercent sur elles en utilisant des ressources qui sont importantes pour l'autre" (Bergeron, Côté Léger, Jacques et Bélanger, 1979, p. 210). En d'autres termes, il n'est pas nécessaire d'occuper un poste hiérarchique élevé pour avoir du pouvoir.

##### 1.2.2.4.1 Les formes de pouvoir

Dans ses travaux portant sur le pouvoir, Fortin (1991, 1982) présente les diverses formes que peut prendre le pouvoir. Elles ont été regroupées autour de quatre grandes catégories: le pouvoir lié à l'information et à la compétence; le pouvoir fondé sur l'utilisation de la force, de punitions et de récompenses; le pouvoir qui découle de la teneur affective inhérente aux relations interpersonnelles; la légitimité qui repose, entre autres, sur les droits attribués au statut et sur les normes de groupe.

Le pouvoir lié à l'information et à la compétence, dont sont tributaires les intervenants en santé, comprend le pouvoir d'expert et le pouvoir d'information. Le pouvoir d'expert est fondé sur la réputation de compétence ou d'expérience laquelle est perceptible à travers les réussites ou les réalisations de la personne à qui l'on reconnaît ce pouvoir. Le pouvoir d'information s'appuie sur l'accès à des informations qui permettent de prendre des décisions et qui peuvent constituer une source importante de pouvoir sur autrui. Ces deux formes de pouvoir se caractérisent par le fait qu'elles s'exercent avec



le consentement de la personne soumise à ces pouvoirs et qu'elles n'affectent que le système cognitif de cette personne. Il importe, par ailleurs, que la personne qui détient ces pouvoirs soit crédible aux yeux des autres.

Le pouvoir fondé sur l'utilisation de la force, de punitions et de récompenses comprend le pouvoir de récompense et le pouvoir de coercition. Il a recours à des récompenses ou punitions, qui peuvent être matérielles ou non -approbation/réprobation, compliment- pour influencer les autres. L'influence obtenue par le pouvoir de coercition varie selon la force de la sanction et selon les besoins et les désirs de la personne qui subit ce pouvoir. Bien que cette forme de pouvoir puisse avoir un effet sur les comportements, elle affecte rarement les convictions ou les attitudes réelles d'un individu. Le pouvoir de coercition diminue les sentiments positifs et peut créer de l'hostilité à l'égard du détenteur du pouvoir. Cet impact peut toutefois être amenuisé si le pouvoir de coercition est lié aux privilèges d'un statut ou d'un poste plutôt qu'aux caractéristiques personnelles du détenteur.

Le pouvoir de référence découle des sentiments liés aux relations interpersonnelles. Cette forme de pouvoir est fondée sur l'identification ou la comparaison sociale ainsi que sur des sentiments tels la sympathie et l'admiration. Aussi, le pouvoir de référence s'exerce avec la pleine collaboration de la personne qui y est exposée. Il est possible, par ailleurs, qu'une telle forme de pouvoir ait des effets négatifs s'il est fondé sur des sentiments tels le mépris ou la haine. Le pouvoir de référence est aussi intimement liée à l'influence des groupes sur leurs membres, en vue de leur adhésion aux normes du groupe. Elle est fondée sur l'attraction entre les membres qui en retirent un sentiment d'appartenance au groupe. Le pouvoir de référence est donc utile pour amener les membres d'un groupe à adopter les comportements et attitudes en vue de l'atteinte d'objectifs collectifs. Toutefois, l'action concertée et la cohésion d'un groupe ne sont pas uniquement fondées sur le pouvoir de référence. Elles résultent d'un jeu complexe des différentes formes de pouvoir.

La légitimité repose sur les droits attribués au statut ou à la position que le détenteur de pouvoir occupe dans un groupe ou une organisation. C'est ce que l'on nomme souvent "autorité". Le pouvoir est légitime en autant qu'il est reconnu par les autres. Les autres membres du groupe sont alors soumis à une norme à laquelle ils adhèrent (Blau, 1964 dans Fortin, 1982) et qu'ils doivent respecter s'ils ne veulent pas être pénalisés par les pairs. Deux types de légitimité ont été identifiés: la légitimité normative qui découle essentiellement de la position d'un individu ainsi que des droits et privilèges qui y sont rattachés; la légitimité consensuelle qui dépend des caractéristiques de la personne qui occupe la position, c'est-à-dire, ses qualités personnelles, la démonstration de sa compétence et le succès collectif obtenu sous sa direction. La reconnaissance de la compétence varie avec la quantité de succès et risque de diminuer avec les échecs. S'appuyant sur ces concepts, Fortin (1982) s'interroge sur la capacité de certaines organisations dans les services publics à exercer leur autorité lorsque les critères de réussite sont ambigus. Par ailleurs, l'illégitimité susciterait de la résistance. Dans de telles circonstances, l'hostilité induite par le pouvoir de coercition serait accrue s'il est considéré injustifié.

Un même individu peut avoir recours simultanément à diverses formes de pouvoir, ce qui en rend l'exercice fort complexe dans les organisations. Dans les grandes organisations, l'individu qui dispose de pouvoir doit interagir avec d'autres personnes qui ont les mêmes ressources que lui. La complexité des problèmes à résoudre crée des incertitudes, ce qui donne place à plus de "bases de pouvoir". En outre, l'importance des sources de pouvoir varie en fonction de l'évolution de problèmes et des priorités de l'organisation. En conséquence, il est plus difficile pour un individu d'avoir un contrôle sur son pouvoir dans les organisations complexes (Bergeron, Côté Léger, Jacques et Bélanger 1979).

#### 1.2.2.4.2 Pouvoir et leadership

Les auteurs font une distinction entre les notions de pouvoir et leadership. Le leadership se définit comme le "pouvoir d'influencer les membres d'un groupe à atteindre les objectifs communs" (Côté, Bélanger et Jacques, 1994, p. 272). La différence majeure entre les deux concepts porte sur le nombre de protagonistes. Le leadership est lié strictement à la situation d'une personne face à un groupe alors que le pouvoir peut s'appliquer dans des relations de personne à personne, de personne à groupe ou de groupe à groupe. En outre, lorsqu'il est question de leadership, les influences auprès des personnes sont fondées sur la réalisation volontaire d'objectifs, ce qui n'est pas toujours le cas dans les situations de pouvoir. En somme, le leadership est une forme de pouvoir mais toutes les formes de pouvoir ne sont pas du leadership.

#### 1.2.2.5 Le leadership

Tout groupe, formel ou informel, a un ou plusieurs leaders qui exercent une influence sur les membres du groupe. Ces leaders assument pour le groupe des fonctions vitales qui, entre autres, en assure la continuité. La première fonction d'un leader est d'initier l'action pour laquelle le groupe est constitué. La deuxième se rapporte à l'établissement d'un consensus de façon à assurer le maintien du groupe (Bergeron, Côté Léger, Jacques et Bélanger, 1979; Homans, 1974).

Lapierre (1992, 1993) et Kets de Vries et Miller (dans Lapierre, 1992) se sont intéressés à la dimension psychique et psychologique du leadership. Les caractéristiques du leadership sont souvent présentées selon une perspective de jeux d'interactions et de forces entre le leader et ses subordonnés. Par ailleurs, lorsqu'il occupe ses fonctions, le leader agit avec toute son individualité incluant ses besoins et ses conflits internes qui sont déplacés sur la scène publique. Lapierre (1992) soutient, qu'en dépit du fait que l'on préconise la plus grande rationalité possible dans les décisions politiques et administratives, une part d'imaginaire ou de fantasme, qui teintent les rapports aux idéologies, influencent aussi les missions, les organisations et leurs dirigeants. Pour un leader, comme pour tout individu, les réalités sont définies en fonction des projections de ses désirs. Cela explique que l'on puisse se sentir fasciné ou troublé par la vision d'un leader. L'auteur soutient que le leadership est fondé, entre autres, sur l'idéalisation que l'on trouve au coeur du narcissisme. D'un côté, le leader doit posséder en lui une "saine

idéalisations de ses propres capacités" (Lapierre, 1992, p. 284). C'est par cette idéalisation de lui-même et par ses dispositions narcissiques qu'il sera amené à faire figure de leader. D'un autre côté, la relation leader-adeptes est aussi marquée par une certaine idéalisation des adeptes à l'égard du leader, sans quoi, le leadership ne pourrait tenir. Tout en admettant que l'idéalisation et le narcissisme soient nécessaires pour qu'un leadership puisse exister, Lapierre (1992) souligne l'importance pour un leader de maintenir un équilibre entre tous ces éléments.

#### 1.2.2.6 Directivité

La directivité est un autre concept utilisé lors de l'analyse des données de cette étude. Elle réfère au caractère directif de certaines interventions auprès des patientes ou de leur famille et, parfois, auprès d'autres soignants lequel se traduit, dans les cas à l'étude, par un encadrement, un contrôle plus élevé ou une attitude plus autoritaire de la part des soignants. Cette notion de directivité, qu'il est possible d'observer, est reliée aux notions de pouvoir dans plusieurs de ses formes dont le pouvoir lié à l'information et à la compétence, le pouvoir fondé sur l'utilisation du système de récompense/punition ou pouvoir de coercition et le pouvoir fondé sur la légitimité. Les relations entre les situations observées et ces concepts ne tiennent pas toujours compte des distinctions entre les formes de pouvoir.

### **1.2.3 Concepts reliés à l'intervention**

Cette section présente les principaux concepts relatifs à l'intervention utilisés pour cette étude. Les définitions présentées ici contribuent à clarifier le sens attribué à ces concepts—intervention, alliance thérapeutique, investissement dans les interventions, communication interprofessionnelle—dans l'analyse des données. En dernière partie, les concepts portant sur la bureaucratie professionnelle sont présentés. Ils servent à expliquer le mode prédominant de fonctionnement administratif dans le système de la santé et des services sociaux et à apporter un éclairage supplémentaire sur les dynamiques en cours dans une telle structure organisationnelle.

#### 1.2.3.1 L'intervention

Afin de prendre en compte toutes les composantes de la problématique à l'étude, nous nous référons à une définition relativement large de l'intervention, celle de Contandriopoulos et ses collaborateurs (1990; p.21) présentée comme suit: "Par intervention, on entend un ensemble d'activités présupposant la mise en oeuvre de moyens organisés de façon cohérente dans le temps et dans l'espace, pour modifier une situation". Le concept intervention ne se limite donc pas ici à l'intervention thérapeutique, exclusivement, bien que cette catégorie d'intervention est importante pour cette étude.

De façon générale, la personne qui intervient prend part à une action ou à une affaire en cours, dans l'intention d'influer sur son déroulement (Rey-Debove et Rey, 1995). En psychologie, l'intervention se

définit aussi de façon très large. Elle recouvre tous les types de conduites psychologiques: "assister, conseiller, rééquilibrer, prescrire, informer, motiver, suggérer modifier, aider". L'intervention en psychologie est fortement associée à l'interprétation, un autre grand domaine d'activités en psychologie; les frontières de ces deux grands domaines d'activités sont fluides (Benesch, 1995; p. 43).

En sociologie, l'intervention réfère au travail qui s'instaure entre individus ou groupes en interaction—ce travail étant structuré par le système dont il relève—à propos d'un problème de fonctionnement suscitant un malaise qu'il faut résoudre au sein du système où ils se trouvent (Bloch, Chemama, Gallo *et al.*, 1992; p. 401). Ce type d'intervention facilite les changements dans les relations humaines mais aussi dans certains aspects structurels et régulateurs des organisations professionnelles ou des collectivités locales. Dubost (1987 dans Bloch, Chemama, Gallo *et al.*, 1992) soulève, par ailleurs, des questions d'ordre éthique et idéologiques en rapport avec l'intervention psychosociologique à savoir, si elle favorise le changement et la création ou, au contraire, si elle cherche à maintenir un certain ordre, la répétition ou les modes de domination installés. L'intervention psychosociologique, selon cet auteur, requiert un travail assidu de théorisation et d'intercritique à travers un processus d'évolution laborieuse comportant des doutes, des conflits, des essais, l'examen d'enjeux et des solutions jusqu'à l'atteinte d'un nouvel équilibre.

Dans cette étude le concept intervention est utilisé dans son sens large pour prendre en compte les interventions thérapeutiques dirigées vers les patientes ou leurs familles, mais, aussi, les interventions administratives et les communications se déroulant à l'intérieur du système de soins.

#### 1.2.3.2 L'alliance thérapeutique

L'alliance thérapeutique<sup>17</sup> est généralement reconnue comme une composante essentielle au processus thérapeutique (Busch, 1994 dans Meissner, 1999; Mallinckrodt, 1996). Elle se définit comme une relation de collaboration entre le patient et son thérapeute de façon à faciliter, chez le patient, un changement positif au plan psychologique et comportemental. Cette relation de collaboration se fonde sur un accord entre eux quant aux buts thérapeutiques et aux stratégies à suivre pour les atteindre, sur leur engagement dans cette relation de collaboration et sur le développement d'une relation mutuelle de respect et de confiance (Bordin, 1979 et Horvath et Luborsky, 1993 dans Florsheim, Shotorbani, Guest-Warnick et Barratt, 2000; Horvath et Symonds, 1991).

L'alliance thérapeutique comporte deux phases de développement: une phase initiale (au cours des premières séances de thérapie) où l'alliance s'établit et, la deuxième phase, l'amorce du travail thérapeutique qui débute lorsque le thérapeute commence à remettre en question les schémas anciens dysfonctionnels du patient (Horvath, Gaston et Luborsky, 1993 dans Kivlighan et Shaughnessy, 1995).

---

<sup>17</sup> Traduction libre de "working alliance".

Aussi, suivant cette phase, le niveau ou la force de l'alliance peut varier selon le degré de résistance du patient et sa capacité à s'en départir.

Des études ont mis en évidence l'aspect temporel du développement de l'alliance thérapeutique. Suivant son développement initial, il se produit un déclin de l'alliance qui, selon l'évolution de la thérapie, peut être suivi du retour à son niveau initial (Gelso et Carter, 1994 dans Kivligan et Shaughnessy, 1995). Ce retour de l'alliance vers son niveau initial est aussi appelé période de réparation de l'alliance (Horvath et Merx, 1990 dans Kivligan et Shaughnessy, 1995). Pour Safran (1993 dans Kivligan et Shaughnessy, 1995), l'habileté du thérapeute à réparer ces "brèches inévitables" dans l'alliance est essentielle à une thérapie efficace.

Ces énoncés soutiennent l'hypothèse de la relation entre une alliance thérapeutique forte et des résultats positifs de la thérapie. Dans une étude auprès de jeunes délinquants, Florsheim, Shobortani, Guest-Warnick et Baratt et Wei-Chin (2000) ont conclu que l'alliance thérapeutique peut être considérée comme un bon indicateur de changements psychologiques et comportementaux et peut être un bon prédicteur du maintien de ces changements particulièrement lorsqu'elle est évaluée après sa phase initiale. Suite aux observations ayant porté sur la détérioration et, parfois, la fin de l'alliance avec certains sujets, ces auteurs proposent que la détérioration de l'alliance avec une clientèle qui a de la difficulté à s'engager dans une démarche thérapeutique—comme cela peut arriver avec des mères présentant des troubles mentaux—peut se produire lorsque les thérapeutes doivent imposer des limites sur certains comportements ou ont des attentes plus élevées par rapport à l'engagement des jeunes délinquants à leur traitement. Les ruptures dans l'alliance thérapeutique peuvent représenter une barrière à la progression thérapeutique mais peuvent aussi fournir au thérapeute et au patient une information indispensable et une opportunité pour l'apprentissage et l'authenticité (Safran, 1993b dans Rait, 2000).

L'établissement et le maintien d'une alliance thérapeutique entre un patient et son thérapeute comporte des conditions pour l'un et l'autre des partenaires. Par sa dimension interpersonnelle, l'alliance thérapeutique favorise la négociation au sein du processus thérapeutique—ce qui est différent de toute forme d'endoctrinement, de complaisance et de soumission—permettant ainsi des contributions significatives de la part des deux partenaires pour établir un consensus entre eux. Ainsi au lieu de se centrer sur le conflit ou la pathologie du patient, le thérapeute doit examiner les distortions cognitives ou les problèmes de communications possibles entre lui et son patient (Chrzanowski, 1979 dans Meissner, 1999). Ce type d'interaction implique aussi un engagement mutuel et de l'empathie tant chez le thérapeute que chez le patient (Mayes et Dahl, 1994 dans Meissner, 1999). Respect, considération, courtoisie, tact et empathie (Pawl et Lieberman, 1997) de même que le soutien de l'intérêt thérapeutique, la fermeté et la constance envers le patient sont des attitudes importantes chez le thérapeute (Meissner, 1999). Le patient quant à lui est tenu responsable de sa participation et de son implication au processus thérapeutique. Le maintien d'une alliance thérapeutique requiert pour le

patient certaines capacités et caractéristiques dont des fonctions du moi relativement matures et sa capacité d'accepter les limites de la réalité et de maintenir sa confiance en l'absence de la gratification de ses besoins (Meissner, 1999).

D'autres auteurs, s'inspirant la théorie interactionnelle en psychothérapie et en conseling, sont d'avis que le thérapeute doit être en contrôle de la définition de la relation thérapeutique pour que la thérapie soit efficace (Haley, 1963, Cashdan, 1973, Strong et Clairborn, 1982 et Tracey, 1985 dans Litchenberg, Wettersten, Mull, Moberly, Merkley et Corey, 1998). À leur point de vue, si c'est le client qui en a contrôle—ce qui signifierait qu'il a recours à ses mécanismes pathologiques pour influencer cette relation et qu'ainsi, il ne peut évoluer vers un changement thérapeutique—, la thérapie sera moins efficace et, ce, même si la relation thérapeutique est congruente et même si le patient ou le thérapeute croient que la thérapie est bénéfique et qu'ils sont en accord avec les buts, tâches et limites de la thérapie. Toutefois, Litchenberg, Wettersten, Mull, Moberly, Merkley et Corey (1998), suite à leur étude récente sur le sujet, ne supportent pas cette vision. Selon eux, les mécanismes sous-jacents à l'efficacité d'une thérapie, notamment la relation entre l'alliance thérapeutique et les résultats d'une thérapie, ne sont pas suffisamment clairs pour soutenir ce point de vue.

#### 1.2.3.2.1 Alliance thérapeutique en intervention judiciairisée

L'alliance thérapeutique peut être fortement compromise dans le contexte d'interventions judiciairisées. Les intervenants, appelés à témoigner à la Cour et, à la fois, habilités à utiliser leur empathie pour mettre en place une alliance thérapeutique, sont souvent contraints à utiliser l'empathie contre le patient ce qui place ce dernier en situation de vulnérabilité. Cette dualité de rôle place ces intervenants en conflit de rôle ou en situation paradoxale (Odiah et Wright, 2000)

#### 1.2.3.2.2 Alliance thérapeutique en intervention conjugale et familiale

L'alliance thérapeutique avec les couples ou les familles fait appel aux mêmes conditions que celles établies en thérapie individuelle c'est-à-dire un accord sur les buts thérapeutiques et sur les stratégies à suivre pour les atteindre, un engagement dans une relation de collaboration et une relation mutuelle de respect et de confiance (Gaston, 1990 dans Rait, 2000). Dans le cas des interventions conjugales ou familiales, cependant, le thérapeute doit faire alliance avec plusieurs individus, le plus souvent en conflit, et qui ne partagent pas forcément le même niveau de motivation, les mêmes objectifs et les mêmes croyances vis à vis le changement. Il arrive souvent que certains membres de la famille ne se soient pas impliqués dans une intervention sur une base volontaire (par exemple, les enfants ou même le conjoint) d'où leur difficulté à poursuivre cette démarche ou encore leur niveau d'investissement différent.

Les thérapeutes de couples ou de familles ont à se poser la question: "Comment établir l'alliance et avec

qui?” Dans ce contexte, l’alliance thérapeutique doit être considérée selon une perspective systémique c’est-à-dire qu’elle ne dépend pas uniquement de la relation entre le thérapeute et les membres de la famille mais des interrelations entre les membres de la famille (Falloon, 1991 dans Rait 2000). Selon Rait (2000), ces thérapeutes ont à développer différents niveaux d’alliance, dont une alliance avec chacun des membres à la fois de la famille et de ses différents sous-systèmes (fratrie, parents, ...). En d’autres termes, ils doivent pouvoir équilibrer leurs relations avec chacun des membres de la famille et avec les différentes coalitions à l’intérieur de la famille.

Le système familial exerce une influence parfois forte sur le thérapeute (Rait, 2000). Afin de s’en protéger, le thérapeute peut adopter des comportements défensifs comme sur-investir la thérapie, s’isoler ou se renfermer dans son rôle de thérapeute ou accorder trop d’importance aux techniques d’intervention. Il se trouve aussi en position paradoxale d’aider le couple ou la famille à modifier leurs patrons relationnels tout en opérant sous les mêmes règles d’interaction qui ont contribué à maintenir les situations problématiques dans ce couple ou famille. Hodas (1985 dans Rait, 2000) énonce certains indicateurs d’une impasse thérapeutique pouvant se manifester chez le thérapeute lors d’interventions conjugales ou familiales. Il mentionne, entre autres, une difficulté à investir la relation thérapeutique ou la thérapie, un rythme inadéquat, l’incapacité de faire changer le système, la présence d’un conflit diffus en situation de thérapie, une sur-identification ou encore de la négligence envers un ou certains membres de la famille, un manque de leadership et une position trop centrale et directive à l’égard de la famille. Afin de s’assurer d’une bonne alliance thérapeutique, il importe que les objectifs, le style et les préférences du thérapeute, du couple ou de la famille soient en concordance.

#### 1.2.3.2.3 Attentes des thérapeutes à l’égard du changement thérapeutique

Les attentes provenant des thérapeutes, aussi appelées “intentions thérapeutiques” font l’objet de discussions chez certains auteurs psychanalytiques (Blum, 1981 dans Winarick, 1997). On reconnaît de plus en plus l’influence inévitable de la subjectivité ainsi que des attentes ou des intentions du thérapeute à l’égard du patient en opposition avec la neutralité considérée comme un moyen de se protéger des dangers de “l’ambition thérapeutique” (Freud, 1912 dans Winarick, 1997). Il existe une controverse entre ces deux positions qui à la fois se chevauchent et sont fondamentalement différentes. Dans la perspective psychanalytique, les attentes et les buts du thérapeute représentaient des “contaminants” de la neutralité qui devaient être exclus du cadre thérapeutique puisqu’ils risquaient de compromettre l’autonomie du patient (Winarick, 1997). Pour certains auteurs, les attentes du thérapeute, souvent cristallisées dans la perspective d’un potentiel futur, sont communiquées implicitement dans le processus interprétatif et constituent une composante essentielle à l’action thérapeutique (Loewald, 1960 et Raiphling, 1995 dans Winarick, 1997). Pour Levy et Inderbitzen (1992 dans Winerick, 1997), la potentialité dans le contexte plus large de l’intention thérapeutique est un aspect non reconnu de l’activité analytique. L’analyste élabore un jugement au sujet du contenu, de la dynamique et des modes de résolution des conflits du patient et tente systématiquement de transformer ces solutions jugées

pathologiques en de plus satisfaisantes. De son côté, Raiphling (1995 dans Winarick, 1997) a pris une position claire en faveur de l'intention thérapeutique et du non évitement. Selon lui, l'estimation du thérapeute du potentiel du patient aussi bien que son investissement personnel dans l'aide au patient font prendre conscience que ce potentiel est scellé au processus interprétatif. Les thérapeutes développent une vision du potentiel qui sert de base de comparaison entre la résolution du conflit actuel et le potentiel. Les indications de changement sont reflétées dans le choix et le contenu des interprétations. Toutefois, la préoccupation de protéger l'autonomie du patient de l'influence des valeurs, du jugement et des biais théoriques du thérapeute demeure (Winarick, 1997).

### 1.2.3.3 Investissement dans l'intervention thérapeutique

De façon générale, investir implique de placer son énergie psychique dans une activité, un objet ou du moins d'y attacher beaucoup d'importance (Rey-Debove et Rey, 1995). Afin de mieux rendre compte des différences observées dans l'investissement des soignants qui ont eu à intervenir auprès des patientes de cette étude et, étant donné que nous n'avons pu trouver l'équivalent de ces définitions dans la littérature, une terminologie est proposée ici en vue de catégoriser les divers types d'investissement qui ont été observés chez ces soignants. Ces catégories ont été nommées: l'investissement thérapeutique, la mobilisation, l'attente et l'ajustement aux réactions de la patiente et le désinvestissement.

Par investissement thérapeutique, nous entendons tout investissement des soignants dont l'objectif est le changement des patientes en vue de leur prise en charge personnelle ou de l'amélioration de leur fonctionnement. Par mobilisation, nous entendons tout investissement des soignants dont l'objectif peut être autre que de viser le changement ou l'amélioration optimale du fonctionnement de la personne. Ce type d'investissement vise davantage le contrôle des situations de risque ou de la pathologie ou l'évitement des problèmes plus sévères. L'attente et l'ajustement aux réactions des patientes représente le type d'investissement, non interventionniste, où les soignants s'ajustent aux états des patientes. En d'autres termes, ils n'interviennent pas directement pour modifier l'état des patientes; leurs interventions sont davantage centrées sur l'observation de l'évolution des patientes et se traduisent par des comportements plus passifs d'attente en vue que les problèmes de ces dernières se résolvent d'eux-mêmes. Le désinvestissement se traduit par une diminution importante, voire, une absence d'investissement des soignants auprès des patientes.

### 1.2.3.4 La communication interprofessionnelle

Que ce soit par un comportement verbal ou symbolique, une personne communique dans le but d'atteindre un résultat ou d'exercer une influence sur son interlocuteur (Bergeron, Côté Léger, Jacques et Bélanger, 1979)<sup>18</sup>. Communiquer signifie non seulement un transfert d'informations entre deux

---

<sup>18</sup> Ces auteurs insistent sur la dimension interpersonnelle et le sens opérationnel des communications.



personnes – l'émetteur et le récepteur – mais l'acceptation de cette communication par le récepteur. Côté, Bélanger et Jacques (1994) ont décrit plusieurs modes de communication interpersonnelle dont la "communication unidirectionnelle" et la "communication bidirectionnelle". Les communications sont unidirectionnelles lorsque le récepteur ne peut intervenir ou réagir directement dans le processus de communication. Il n'y a donc pas rétroaction du récepteur. Les communications bidirectionnelles permettent au récepteur d'intervenir ou de réagir directement dans le processus de communication; la rétroaction y est incluse.

Ces modes de communication peuvent être représentés dans les rapports interprofessionnels usuels par les canaux de transmission d'informations dont le dossier des patients, les formulaires de consultation ou de référence et les discussions entre intervenants. En s'appuyant sur la terminologie présentée ci-haut, ces canaux de transmission favorisent des modes de communication différents. Ainsi, les discussions représenteraient une forme de "communication bidirectionnelle" dans laquelle il y a, à la fois, communication et rétroaction. Le dossier médical, pour sa part, correspondrait à un mode de "communication unidirectionnelle" puisqu'il ne permet pas de rétroaction immédiate. Il s'agit plutôt d'un transfert d'informations. Dans certains cas, ce type de communication – par exemple, transmission de directives ou annonce de promotion – est plus efficace que la communication bidirectionnelle étant donné sa plus grande rapidité. Par contre, la communication bidirectionnelle, plus lente, répond à d'autres objectifs, non moins importants, dont la consultation et la recherche de collaboration (Côté, Bélanger et Jacques, 1994).

Outre le canal de transmission utilisé, les problèmes de communication peuvent se situer du côté des interlocuteurs, l'émetteur ou le récepteur. Des facteurs tels l'attitude ou l'état d'esprit, la sensibilité, l'ouverture et l'écoute des interlocuteurs, leur attachement à certaines valeurs et philosophies, les préjugés, les phénomènes de perception et de dissonance cognitive et le climat de travail ont des impacts sur la communication interpersonnelle.

#### 1.2.3.5 La bureaucratie professionnelle

La bureaucratie professionnelle (Mintzberg, 1991) correspond au type d'organisation que l'on retrouve souvent dans les hôpitaux ou dans les organismes d'action sociale. Elle a recours à un mécanisme de coordination basé sur la standardisation des qualifications des professionnels obtenue par la formation et la socialisation. La bureaucratie professionnelle est fondée sur le pouvoir lié à la compétence qui est de nature professionnelle. En fait, les standards de la bureaucratie professionnelle sont élaborés en grande partie à l'extérieur de l'établissement de travail, notamment dans les associations professionnelles ou les établissements de formation.

Étant des spécialistes dûment formés et socialisés, les professionnels bénéficient d'une latitude considérable dans le contrôle de leur travail. Cette possibilité de contrôler eux-mêmes leur travail leur

permet d'agir de façon relativement indépendante à l'égard de leurs collègues tout en leur permettant de demeurer près des clients qu'ils desservent. La bureaucratie professionnelle est donc une structure décentralisée aussi bien verticalement qu'horizontalement. Une grande partie du pouvoir est répartie au bas de la structure entre les professionnels. Chacun s'occupe de ses clients et est soumis au seul contrôle collectif de ses collègues qui l'ont formé ou socialisé. En conséquence, le professionnel tend à s'identifier davantage à sa profession qu'à l'organisation où il pratique. D'ailleurs, à la différence d'autres types d'organisation, la promotion ne correspond pas à la progression dans la hiérarchie administrative mais plutôt à une progression au plan professionnel fondée sur la capacité du professionnel à traiter des problèmes de plus en plus complexes. Ainsi, lorsqu'un professionnel ne dispose pas de l'autonomie nécessaire, il est tenté d'aller travailler ailleurs. Il y a tout de même plusieurs avantages pour un professionnel de faire partie d'un établissement que ce soit pour partager des ressources ou pour accéder à de la formation ou à des clientèle spécifiques.

La bureaucratie professionnelle est typiquement une structure démocratique. En plus de contrôler leur propre travail, les professionnels cherchent en effet à avoir un contrôle collectif sur les décisions administratives qui les concernent. Ils s'assurent d'un certain contrôle par des représentations au niveau administratif. La centralisation est possible dans cette forme de bureaucratie. Par exemple, les non professionnels qui s'occupent des fonctions de support logistique dans les mêmes organisations sont soumis à une structure plus centralisée. Dans leur cas, le pouvoir et le statut sont associés à la fonction.

De façon générale, les administrateurs d'une bureaucratie professionnelle ont moins de pouvoir que les administrateurs d'autres types d'organisations. Les professionnels sont difficiles à contrôler. Leurs administrateurs disposent toutefois d'un ensemble de rôles qui leur donnent un pouvoir informel considérable. Dans ses fonctions, l'administrateur professionnel doit consacrer beaucoup de temps à traiter les perturbations qui émergent dans la structure, liées à toutes sortes de conflits de compétence entre les professionnels. En outre, les administrateurs, qui se situent aux niveaux les plus élevés de la hiérarchie, occupent souvent des rôles à la frontière de l'organisation. En conséquence ils se retrouvent en position de modérateur entre les professionnels, dont il faut préserver l'autonomie, et les organisations externes qui cherchent à les contrôler comme, par exemple au Québec, la Régie régionale de la santé et des services sociaux et diverses autres agences gouvernementales.

En conclusion, les concepts et les référents théoriques, présentés dans cette section, sont ceux qui se sont avérés les plus utiles à l'analyse et à la compréhension du problème à l'étude. De nombreux autres ont été pris en considération pour aider à la compréhension des phénomènes observés mais n'ont pas été retenus. Les concepts retenus ont aidé à la formulation des propositions.

### 1.3 QUESTIONS SPÉCIFIQUES DE RECHERCHE

La problématique de l'intervention en santé mentale s'adressant au problème de la prise en charge du rôle maternel de mères souffrant de troubles mentaux graves est un phénomène complexe puisqu'il relève d'un ensemble de facteurs interdépendants associés aux patientes, à leur environnement familial et social, aux agents d'intervention ainsi qu'au contexte organisationnel qui les régit. Les nombreuses exigences inhérentes au rôle maternel et les difficultés vécues par les mères et par leur famille en rapport avec ce rôle peuvent expliquer une bonne partie de leur incapacité à assumer adéquatement leur rôle maternel. Cela augmente le risque de psychopathologie pour elles-mêmes et aussi, par voie de conséquence, pour leurs enfants.

Or les problèmes qu'éprouvent ces mères ne se trouvent pas grandement réduits lorsqu'elles se retrouvent sous soins psychiatriques. Quels sont les facteurs qui peuvent expliquer cette situation?

L'objectif de cette étude, formulé en introduction, est de répondre à la question: Pourquoi l'intervention thérapeutique auprès de mères atteintes de troubles mentaux graves comporte t-elle autant de complexité et de difficultés ?

Étant donné la problématique, la recension des écrits et les concepts analytiques présentés il est possible de reformuler cette question en questions plus spécifiques. Elles sont les suivantes:

Q1: Quelle est la nature des liens entre le rôle maternel (et ses éléments constitutifs) des mères atteintes de troubles mentaux graves et leur psychopathologie?

La réponse à cette question est importante, car s'il n'existait aucun lien entre ces variables, cette étude ne serait ni nécessaire ni utile. L'existence d'un tel lien constitue un élément essentiel de justification de l'étude.

Répondre à cette question implique que soient identifiés préalablement i) les éléments (variables) constitutifs du rôle maternel et l'état de ces éléments en ce qui a trait à ces mères et ii) les relations entre ces éléments et l'état de leurs environnements familial et social puisque ces derniers peuvent avoir un impact sur le rôle maternel, ses constituantes et sa mise en acte.

Q2: Le rôle maternel—ses éléments constitutifs, le cas échéant ses déterminants familiaux et sociaux—influencent-ils la nature des plans d'intervention élaborés pour les mères atteintes de troubles mentaux graves lorsqu'elles sont prises en charge par le système de santé ?

Cette question implique i) un examen préalable des plans d'intervention pratiqués auprès de ces patientes, et ii) un examen des constituantes des interventions pratiquées par rapport aux éléments

constitutifs du rôle maternel et de ses déterminants.

Q3: Quel est l'impact des structures organisationnelles et du fonctionnement du système d'intervention en santé mentale sur la nature des plans d'intervention, particulièrement sur la prise en compte du rôle maternel dans ces plans ?

Cette question implique i) un examen préalable du contexte organisationnel du système d'intervention en santé mentale dans ses aspects structurels aussi bien que dans ses processus de fonctionnement, et ii) un examen de la nature des rôles des intervenants du milieu de la santé mentale, des déterminants (culturels, institutionnels, légaux, individuels ... ) de ces rôles et les relations entre eux.

Prises globalement, les réponses à ces questions permettront d'établir l'importance relative des variables associées aux différents sous-systèmes examinés ainsi que leurs interrelations: les mères atteintes de troubles mentaux graves et leur environnement familial et social, et le système d'intervention en santé mentale y compris les variables associées aux structures, au fonctionnement et aux agents d'intervention (y inclus les intervenants individuels).

Vues dans leur importance relative et leurs interrelations, les variables, présentées en un modèle constitué de propositions explicatives, permettront une explication plausible du problème de l'efficacité des interventions en santé mentale auprès des mères atteintes de troubles mentaux graves. Le schéma suivant illustre les grandes catégories de variables et leurs relations anticipées tel qu'énoncées dans les questions de recherche ci-haut.

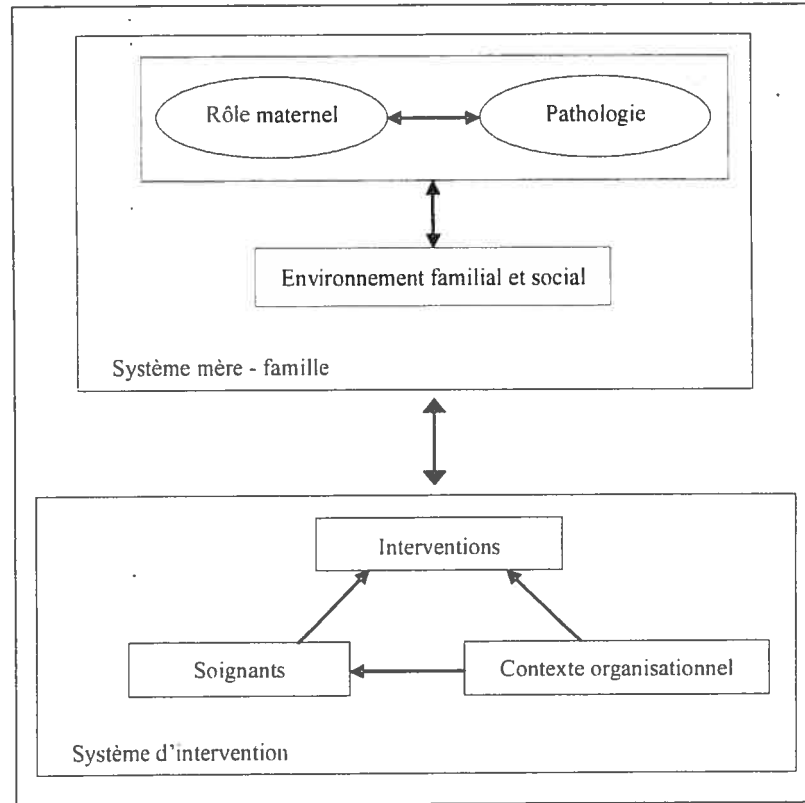


Figure 1: Variables des systèmes à l'étude.

Chapitre 2  
Cadre méthodologique

L'insuffisance de fondements théoriques solides relatifs au problème étudié, ainsi que la variété et la probable interdépendance des composantes du phénomène à l'étude ont conduit, après un examen des alternatives possibles et suivant un critère d'efficacité de la recherche, au choix d'une stratégie d'élaboration théorique. Cette stratégie s'appuie sur une technique de cueillette de données basée sur l'observation systématique et la description détaillée des phénomènes étudiés; cette technique de cueillette de données est conforme aux méthodes de recherche de type ethnographique.

## **2.1 APPROCHE HYPOTHÉTIQUE-DÉDUCTIVE**

L'approche d'élaboration théorique est la méthode utilisée pour cette recherche. Cette approche présente tout d'abord l'avantage, pour le problème qui nous intéresse, de ne pas limiter le regard et la prise en considération aux seules variables préalablement identifiées par une théorie donnée et, donc, de ne pas imposer, à priori, de préconceptions quant aux variables opérantes importantes. Elle présente ensuite l'avantage de ne pas limiter les explications possibles aux relations de cause à effet entre les variables établies par une théorie de référence. Enfin, cette approche présente l'avantage, non moins important, de pouvoir soumettre l'expérience subjective et historique des personnes impliquées, laquelle constitue une composante importante du phénomène à l'étude, à un examen approfondi au même titre que les autres données.

À l'opposé de l'approche mieux connue de vérification, aussi dite de validation, qui suit un processus hypothético-déductif, l'approche d'élaboration théorique emprunte une logique inductive. Pour comprendre plus facilement l'approche inductive, examinons d'abord sa contrepartie complémentaire, l'approche hypothético-déductive.

La démarche de recherche hypothético-déductive débute avec une proposition de départ clairement articulée. Elle fait habituellement partie d'un ensemble de propositions constituant un modèle conceptuel représentant ou prétendant représenter une réalité que l'on veut comprendre ou expliquer. Ce modèle conceptuel s'appelle généralement théorie. Le processus hypothético-déductif procède du général au particulier; suivant un raisonnement déductif formel qui procède d'une proposition conceptuelle à une hypothèse opérationnelle, les conséquences observables de la proposition sont soumises à un test empirique dont l'aboutissement est, normalement, la confirmation ou l'infirmité. Suit une démarche, souvent laissée implicite, de nature inductive qui consiste à déterminer l'impact de la démarche sur la théorie: l'infirmité ou l'augmentation de la plausibilité de l'hypothèse.

Cette démarche déductive est le plus souvent associée à une étape relativement avancée de recherche dans un secteur disciplinaire ou appliqué donné. Bien qu'il n'existe aucun lien de nécessité entre cette approche déductive et la nature des données, l'état avancé de développement des connaissances rend le plus souvent possible la traduction des concepts en opérationnalisations quantitatives. C'est ainsi que, le plus souvent, il est possible de réaliser cette démarche au moyen de données de type quantitatif. D'où l'association qui est généralement faite entre l'approche de validation et les données quantitatives.

## 2.2 APPROCHE D'ÉLABORATION THÉORIQUE: UN PROCESSUS INDUCTIF

Le processus inductif, quant à lui, prend comme point de départ, le particulier observé. Ce particulier observé est d'abord représenté en catégories conceptuelles plus ou moins abstraites selon les cas et la sensibilité théorique de l'observateur. Les catégories conceptuelles sont ensuite mises en relation les unes avec les autres pour formuler des hypothèses plausibles pouvant expliquer la situation observée. C'est là l'essentiel de l'approche d'élaboration théorique.

L'approche d'élaboration théorique est un processus de découverte d'explications plausibles, de théorisation ancrée<sup>19</sup> (Glaser et Strauss, 1967; Strauss et Corbin, 1991; voir aussi Laperrière, 1997 et Paillé, 1994)–basée sur des observations empiriques, à partir de situations sur le terrain, lesquelles sont analysées le plus rigoureusement possible.

Cette approche procède d'une conceptualisation de ces observations qui peut–mais ne doit pas nécessairement–être inspirée des écrits et de formulations de relations entre ces concepts–ou variables–, de façon à en saisir la réalité complexe. Ces formulations de relations, c'est-à-dire, les hypothèses de travail, sont par la suite soumises à un processus de falsification tout au long de la recherche. C'est ainsi que cette démarche en est une de découverte ce qui la différencie d'autres méthodes de recherche de type ethnographique. Ces hypothèses, dites hypothèses de travail, qui sont continuellement soumises à une vérification sont reformulées jusqu'à ce que soit reconnue l'impossibilité de les rejeter dans le cadre du système empirique d'observation. Il en résulte, ainsi, au terme du processus, des propositions explicatives valides pour les phénomènes ou la situation problématique observés. Ainsi, l'examen d'un phénomène au moyen de l'approche d'élaboration théorique fournit l'explication de la dynamique et des processus impliqués de ce phénomène, en tenant compte de son évolution, lesquels ont été vérifiés par une série d'incidents empiriques qui les confirment tous mais qui ne représentent pas nécessairement la totalité des incidents existants par rapport à ce phénomène.

Les propositions, ainsi élaborées, bien qu'elles ne soient valides que pour les cas et données étudiés, fournissent, si la méthode a bien été exécutée, un système d'explications plausibles pour d'autre cas de

---

<sup>19</sup> Aussi appelée "grounded theory".



même type et, surtout, un point de départ pouvant justifier des recherches de validation par la suite. Les grandes études ayant mené aux théories psychologiques<sup>20</sup>, par exemple, furent élaborées suivant une stratégie inductive d'élaboration et basées sur des données de type qualitatif recueillies à partir d'observations.

En résumé, c'est cette approche, partant du singulier observé, formulant des hypothèses de travail soumises à une procédure de validation, s'inspirant d'une approche visant leur falsification et aboutissant à des propositions explicatives de portée limitée qui est connue comme l'approche d'élaboration théorique.

L'approche d'élaboration théorique, qu'il n'est plus nécessaire de justifier, fut initialement formulée de façon systématique en sociologie par Glaser et Strauss (1967). Elle s'inspirait d'un ensemble de méthodes et techniques développées, mais non systématisées en une approche méthodologique cohérente, en ethnographie et en anthropologie. Elle a fait l'objet de nombreuses élaborations et adaptations depuis une trentaine d'années soit dans une perspective globale (Lincoln et Guba, 1985) ou dans certaines de ces composantes comme les techniques de cueillette de données, la sensibilité théorique, les techniques d'analyse des données (Miles et Huberman, 1991).

### 2.3 PERSPECTIVE SYSTÉMIQUE

L'approche méthodologique utilisée pour cette recherche exige qu'elle s'inscrive aussi dans une perspective systémique. En effet, cette perspective, qui conçoit la réalité comme complexe et constituée de composantes interdépendantes, facilite la prise en compte de l'ensemble des éléments du phénomène à l'étude y compris leurs relations -qui ne sont pas toujours linéaires- et leurs interdépendances possibles voire probables (Côté, 1999; De Rosnay, 1975; Bertalanffy, 1968). Les éléments constituant du phénomène étudié dans cette recherche—les mères atteintes de troubles mentaux graves, leur environnement familial et social et les milieux d'interventions, dont font partie les intervenants—peuvent, de cette façon, être considérés, hypothétiquement, comme des sous-systèmes en interaction. La perspective systémique permet, aussi, d'organiser de façon systématique les concepts émergents et de les traduire plus facilement en propositions et en modèles. Elle sert ainsi non pas de théorie prédictive mais de moyen heuristique facilitant la démarche méthodologique.

---

<sup>20</sup> Notamment les théories de Freud, Piaget ou les théories humanistes.

## 2.4 DONNÉES<sup>21</sup>

Vu la nécessité d'avoir recours à l'observation directe des phénomènes et étant donné qu'à cette étape du processus de découverte les concepts émergents ne peuvent être soumis à la quantification, les données utilisées dans cette étude sont de nature qualitative. Tel que ce fut démontré dans la revue des écrits, plus haut, ceci fut requis en raison du niveau déficient des connaissances existantes sur le sujet de l'étude. Comme il a été mentionné précédemment, la nature des données n'a pas d'impact sur la stratégie d'élaboration comme telle, cette stratégie étant fondamentalement indifférente, comme pour la stratégie de validation, à la nature qualitative ou quantitative des données.

Les données de l'étude proviennent de l'examen approfondi de trois cas précis de mères atteintes de troubles mentaux graves, tel que diagnostiqué initialement. Il s'agit d'un cas de trouble sévère de la personnalité, d'un cas de dépression majeure chez qui l'on soupçonnait aussi un trouble de personnalité et d'un cas de schizophrénie. Pour des motifs de faisabilité, ces cas ont été choisis parmi les patientes suivies au département de psychiatrie d'un centre hospitalier de Montréal. Au moment de l'étude, elles avaient toutes au moins un enfant âgé entre zéro et douze ans. Afin de respecter les critères d'échantillonnage théorique inhérents à l'approche d'élaboration théorique -c'est-à-dire, la maximisation des différences inter-sujets afin de favoriser le rejet des hypothèses de travail- les trois cas choisis comportent des différences importantes tant dans leurs caractéristiques personnelles et familiales que dans les caractéristiques des intervenants et des milieux d'intervention qui les prirent en charge. Cette étude a examiné les interventions pour chacune des patientes dans leur contexte global incluant toutes les variables identifiables appartenant à chacun des sous-systèmes: les patientes, leur environnement familial et social et le milieu d'intervention.

### 2.4.1 Sources des données

L'étude des cas s'est déroulée suivant plusieurs techniques de cueillette des données dont l'observation en situation, aussi appelée observation en contexte naturel ou observation participante (Spradley, 1980; McCalls et Simmons, 1969; voir aussi Jaccoud et Mayer, 1997 et Laperrière, 1997), l'analyse de texte (Cellard, 1997), l'interview et l'entretien informel (Poupart, 1997; Spradley 1979).

Les données proviennent des sources différentes suivantes: entrevues d'évaluation et de thérapie avec les patientes, discussions de cas avec les différents agents d'intervention et certains membres de l'entourage des patientes, documents de première source tels les dossiers médicaux, certains textes juridiques ou administratifs et des vidéo. Pour chacune des entrevues, dont la plupart furent enregistrées, des verbatims et des notes d'observation furent rédigés. Ces verbatims, ces notes ainsi que

---

<sup>21</sup> Pour plus de détails concernant la méthodologie et l'historique de la présente étude, voir la note méthodologique en annexe.

le journal de bord de l'auteure<sup>22</sup>, où sont exposées ses impressions subjectives, ses questionnements et les hypothèses de travail émergentes qui ont orienté ses décisions quant à la sélection des situations à examiner, constituent d'autres sources de données pour cette étude.

## 2.5 L'OBSERVATION EN SITUATION

L'observation en situation dans les activités de thérapies, les discussions de cas et les entrevues a consisté pour l'auteure à occuper parallèlement son rôle habituel de thérapeute et le rôle d'observatrice participante. Les divers modes de cueillette de données ont permis l'accès aux points de vue, aux impressions, aux perceptions et, parfois, aux valeurs des différentes personnes impliquées dans cette étude. Ces données qui rendent compte de la dimension subjective et symbolique de l'individu sont essentielles à la compréhension de la problématique à l'étude et ne peuvent donc en être exclues. En recherche de type ethnographique ou d'élaboration, le chercheur se place, en effet, du point de vue des personnes observées et tient compte de sa propre subjectivité dans l'analyse des phénomènes. Cette position du chercheur se situe à l'inverse de la position habituellement adoptée dans les recherches traditionnelles de vérification où le chercheur tend à se distancer du phénomène et à l'observer de l'extérieur.

L'objet de l'observation dans la présente étude fut l'ensemble des interventions réalisées auprès des patientes. L'observation en situation a fourni l'opportunité à l'auteure d'observer et de décrire de façon systématique les activités qui se sont déroulées dans le cadre de ces interventions tout en maintenant les conditions normales du milieu dans lequel s'est déroulée cette recherche.

## 2.6 ANALYSE DES DONNÉES

La méthode d'élaboration théorique et d'analyse comparative constante comporte un ensemble de procédures systématiques d'analyse des données en vue de développer un modèle conceptuel à propos du phénomène à l'étude. Par la procédure d'analyse comparative constante, les données obtenues dans un site, une zone ou un état de système sont constamment comparées avec des données comparables –ou contrastantes– dans des sites, zones ou états de système choisis par échantillonnage théorique.

L'analyse des données passe par les étapes suivantes: la codification des observations, l'élaboration de catégories conceptuelles, leur catégorisation, la mise en relation des catégories conceptuelles, l'intégration des composantes multidimensionnelles de l'analyse à l'objet de la recherche, la modélisation ou la reproduction de l'organisation des relations structurelles ou fonctionnelles

---

<sup>22</sup> Ce point sera discuté plus en profondeur dans la section portant sur la validité.

caractérisant le phénomène à l'étude et, finalement, la formulation du modèle ou de la théorie. Pour faciliter ce travail d'analyse, un outil informatique, l'Ethnologue (The Ethnograph), développé pour l'analyse de données qualitatives fut utilisé<sup>23</sup>. Les données textuelles comprises dans les documents écrits—compte-rendus des entrevues et des discussions de cas, journaux de bord et notes d'observation—furent traitées à l'aide de cet outil informatique. C'est essentiellement un outil qui permet de systématiser la démarche, qui accélère la mise en relation des concepts et qui permet de vérifier la systématisation des hypothèses.

Les stratégies d'échantillonnage théorique et d'analyse comparative constante sont particulières à l'approche d'élaboration théorique (Glaser et Strauss, 1967; Glaser, 1978; Strauss et Corbin, 1990; voir aussi Paillé, 1994 et Laperrière, 1997). Au-delà du choix des cas à analyser, l'échantillonnage théorique consiste à rechercher, à l'intérieur de la frontière définie par les cas et selon l'étape de la recherche, les données les plus pertinentes pour répondre aux besoins de la recherche. Au fur et à mesure de la progression de la découverte des catégories conceptuelles, l'échantillonnage, c'est-à-dire le choix des observations à réaliser et des sites d'observation où les repérer, devient de plus en plus sélectif de façon à identifier les relations possibles entre ces catégories conceptuelles, maximisant ainsi la possibilité de rejeter l'hypothèse de travail à l'étude et d'obliger à sa reformulation compte tenu des observations ayant mené à son rejet. Cela se réalise de la façon suivante: Étant intimement lié au processus d'analyse comparative constante, l'échantillonnage théorique consiste à rechercher les valeurs extrêmes des variables qui mettront à l'épreuve les propositions générées de façon à en poursuivre le développement jusqu'à ce qu'il soit impossible de les rejeter, c'est-à-dire jusqu'à l'obtention de la saturation théorique; ce point de saturation théorique est atteint lorsqu'il n'est plus possible d'identifier de nouvelles catégories conceptuelles et de nouvelles propriétés à ces catégories, c'est-à-dire, de nouvelles variables ou de nouvelles valeurs de ces variables. L'échantillonnage théorique est intimement lié à l'émergence des variables et de leurs valeurs ainsi qu'aux analyses en cours ce qui explique que l'échantillonnage ne peut être entièrement déterminé à l'avance mais qu'il doit se constituer au fur et à mesure de la progression des hypothèses de travail à valider.

Les stratégies d'échantillonnage théorique et d'analyse comparative constante se déroulent dans un processus non linéaire selon un principe d'alternance. La vérification des concepts et des propositions, qui découle de ces stratégies, permet la prise en compte de l'ensemble des variables qui influencent le phénomène à l'étude, une meilleure concordance entre les indicateurs empiriques, les concepts et leurs relations et constitue ainsi une forme de validation de la théorie élaborée assurant que cette théorie est représentative du phénomène étudié.

---

<sup>23</sup> L'ethnologue (The Ethnograph) fut développé par Seidel, Kjolseth et Seymour en 1985 puis réédité en 1988, 1990 et en 1998.

## 2.7 VALEUR SCIENTIFIQUE

Comme pour les méthodes traditionnelles de recherche, les méthodes de type ethnographique doivent répondre à des critères de scientificité. La nature du problème à l'étude et la connaissance que nous en avons exigent la prise en compte de la dimension subjective du problème. Les recherches de type ethnographique sont parfois fondées sur une conception phénoménologique qui postule qu'il n'existe pas de réalité extérieure au sujet, que tous les phénomènes de l'humanité dépendent de la perception des individus qui les observent. Cette recherche postule simplement, comme c'est le cas dans les approches scientifiques, que la réalité est observable indépendamment du regard du chercheur. C'est le postulat positiviste. Il suppose qu'un autre observateur perçoit les mêmes choses et les interprète de façon similaire en dépit des subjectivités individuelles. Ceci s'applique à l'étude de leur réalité intérieure, à partir de ce qu'ils perçoivent au travers de leurs expériences. La prise en considération de cette dimension des perceptions des individus n'implique pas pour autant le rejet du postulat positiviste.

Les critères de scientificité usuellement utilisés dans les méthodes traditionnelles de validation ont, par ailleurs, été adaptés ou redéfinis pour respecter les fondements de la recherche de type ethnographique. Plusieurs des chercheurs ayant eu recours à ce type de méthode ont proposé leurs propres critères de scientificité. D'autres ont conservé les critères traditionnels en proposant, toutefois, des stratégies propres aux méthodes de type ethnographique. Pour la présente recherche, nous nous référons aux concepts traditionnels de scientificité en précisant les stratégies utilisées pour les atteindre.

### 2.7.1 Validité

Le concept de validité repose sur l'authenticité des faits rapportés dans une recherche, c'est-à-dire, sur l'assurance que la représentation conceptuelle correspond à la réalité visée (Gilles, 1994). Il repose sur deux critères: la validité interne et la validité externe. La validité interne réfère à la qualité des relations entre les variables de l'étude elles-mêmes qui doivent s'exclure mutuellement et entre les variables de la réalité représentée. La validité externe réfère au caractère d'applicabilité des résultats à d'autres populations et à d'autres milieux ou situations que ceux de l'étude. Les stratégies méthodologiques utilisées pour la présente recherche ont été choisies pour accroître la validité interne des résultats de recherche. Étant ancrées de façon constante sur la réalité empirique, les explications à propos du phénomène à l'étude formulées dans un modèle conceptuel conclusif sont assurées d'une validité suffisante pour les cas étudiés.

Les mesures utilisées dans cette recherche pour en assurer la validité interne sont les suivantes: une implication d'une durée suffisamment longue de l'auteure sur le terrain de l'étude—chacun des cas ayant été étudié sur une période minimale de trois ans—qui a permis des observations répétées et pertinentes des situations étudiées et la confrontation des catégories conceptuelles émergentes à un vaste ensemble

de données de sources et de niveaux différents à divers moments dans l'évolution du phénomène à l'étude; une évaluation systématique de la relation entre l'auteure et les personnes impliquées dans cette recherche (journaux de bord, notes théoriques, discussions avec pairs, vérification par d'autres chercheurs); une attitude d'écoute critique de la part de l'auteure pour s'assurer de l'authenticité des témoignages et des données obtenues sur le terrain, la grande variété–triangulation–des sources de données et la recherche de diverses perspectives chez les personnes observées et dans les écrits; et finalement, le recours aux procédures systématiques requises dans la méthode d'élaboration théorique initialement développée par Glaser et Strauss (1967), dont il fut question plus haut, pour la recherche et l'analyse des données pertinentes.

La validité externe qui réfère au degré de généralisation des résultats de recherche à d'autres situations ou groupes d'individus présentant des caractéristiques similaires, est un critère moins important pour plusieurs chercheurs en recherche de type ethnographique. La validité externe peut toutefois être augmentée avec une bonne connaissance des caractéristiques des situations ou phénomènes étudiés et par leur concordance avec les caractéristiques d'autres contextes ou situations similaires (Lincoln et Guba, 1985). L'échantillonnage théorique, dont une des fonctions est de rechercher les cas extrêmes pour maximiser les différences entre les situations à l'étude, contribue à la validité externe des résultats de recherche. Il importe, toutefois, de rappeler que la généralisation ainsi produite demeure limitée au contexte étudié et prend la forme d'hypothèses de travail qui devront possiblement être l'objet d'étude de validation par la suite. Une recherche à visée théorique ne vise pas tant l'étude d'une situation ou d'un phénomène concrets et délimités que celle des processus fondamentaux qui y sont à l'oeuvre (Glaser, 1978; voir aussi Laperrière, 1997). La généralisation, dans cette perspective, vise donc les processus qui peuvent varier selon les circonstances. En conséquence, si un processus découvert dans une situation ou dans un contexte précis est décrit et cerné de façon efficace, les variations possibles, activement recherchées au moyen de l'échantillonnage théorique, pourraient contribuer au raffinement de sa définition par l'apport de nouvelles caractéristiques le rendant de plus en plus généralisable.

Dans la présente étude, le nombre de cas étudiés est petit. Il n'en demeure pas moins que ces trois cas ont été choisis pour des caractéristiques maximale­ment différentes sur plusieurs dimensions. Bien que l'on ne puisse prétendre à un niveau élevé de validité externe, il est plausible de penser que les processus découverts dans l'étude de ces trois cas puissent servir de point de départ pour des études de validation dont la validité externe serait irréprochable. Ils pourraient ainsi être généralisés à d'autres cas similaires dans d'autres établissements ou contextes ou encore à d'autres clientèles.

La fiabilité est un autre critère de scientificité dans les recherches traditionnelles dont l'objet est de s'assurer que les résultats de recherche sont saisis de façon constante d'un site, zone ou état à l'autre, au fur et à mesure de l'avancement de l'étude. Pour un grand nombre de chercheurs impliqués dans les recherches de type ethnographique, la recherche de la reproductibilité des résultats, l'indice par excellence des études quantitatives de validation, n'a pas ou peu de sens. Ces chercheurs sont plutôt à

la recherche, comme nous l'avons expliqué précédemment, de cas extrêmes ou de situations qui comportent des différences importantes. En conséquence, la stabilité des observations importe peu dans les recherches de type ethnographique puisque les changements induits par l'évolution des phénomènes observés ont ici toute leur importance. Ainsi, Glaser (1992) propose une définition plus souple du critère de fiabilité soit, l'adaptabilité des outils conceptuels et des hypothèses résultant de la recherche ou, en d'autres termes, leur capacité de s'adapter à d'autres situations, si cette adaptation comporte des modifications mineures qui ne touchent pas aux dimensions centrales de la théorie (voir aussi Laperrière, 1997).

L'analyse de la fiabilité dans les recherches de cette nature est liée de très près à l'analyse de la validité interne. Parmi les stratégies utilisées dans la présente recherche pour s'assurer de la fiabilité des résultats de recherche, au sens où l'entendent les chercheurs en recherche de type ethnographique ou d'élaboration, cette étude emprunte les stratégies suivantes: l'observation prolongée d'un site de recherche ou la tenue de plusieurs entrevues avec les personnes impliquées; l'analyse en profondeur des situations observées; la recherche systématique de données pertinentes jusqu'à saturation théorique; la spécification des stratégies de cueillette et d'analyse des données et l'évaluation des analyses par d'autres chercheurs; le recours aux techniques audio-visuelles lors des entrevues et des observations afin de permettre l'accès aux données; la prise en compte du processus de la recherche et du contexte sur l'orientation de la cueillette et l'analyse des données.

## **2.8 LIMITES ET PORTÉE DE L'ÉTUDE**

Les propositions explicatives résultant de cette étude contribueront au développement de la connaissance à propos du problème de l'intervention en santé mentale auprès des mères atteintes de troubles mentaux graves, en tenant compte de l'ensemble des variables opérantes sur cette problématique, dans les limites du système empirique déterminé par l'auteure, soit les cas qui ont servi à l'étude. Toutefois, la méthode de sélection des cas, appliquée à l'intérieur des contraintes liées à cette étude, a été faite de façon à maximiser la probabilité de produire un ensemble de propositions plausibles susceptibles d'expliquer la réalité correspondante dans un ensemble plus vaste de cas présentant des caractéristiques similaires. Avant de généraliser, cependant, il importe que l'étape subséquente soit une étude de validation prenant comme hypothèses de départ, les propositions explicatives élaborées dans cette étude. Une telle étude procédant au moyen d'une méthodologie hypothético-déductive devrait être réalisée auprès d'un échantillon représentatif. C'est à cette condition et moyennant une confirmation des hypothèses que la généralisation des explications générées pourra se réaliser. Les résultats d'une telle étude contribueraient à la restructuration et à la reformulation des propositions explicatives élaborées dans la présente étude. La contribution de cette étude au plan théorique consiste donc à fournir un ensemble intégré d'hypothèses susceptibles d'engendrer une théorisation systématique dans un secteur à ce jour peu exploré.

Cette recherche a aussi une grande importance sur le plan clinique car elle fournira des pistes de solutions pour, tout d'abord, augmenter l'efficacité et la cohérence des interventions existantes pratiquées auprès des mères atteintes de troubles mentaux graves et pour élaborer de nouvelles interventions répondant aux besoins réels de cette population, incluant ceux de leur famille. Cette étude a un impact d'autant plus grand qu'elle a été réalisée dans une période de restructuration du système de soins en santé mentale laquelle exige une réorganisation des rôles des différents intervenants. Cette recherche pourra, en outre, faire ressortir les contributions possibles de l'ergothérapie dans l'intervention auprès de cette clientèle, en complémentarité avec les autres professions qui y oeuvrent déjà.



## Chapitre 3

### Contexte organisationnel des services de santé et des services sociaux

### 3.1 CONTEXTE GÉNÉRAL

Le présent chapitre présente la description de certains aspects du système québécois de santé et des services sociaux qui a fait l'objet, au cours des trente dernières années, de multiples réflexions, controverses et remises en question et qui influence de façon importante la pratique de intervenants en santé mentale. Après un rappel de faits marquants de son évolution, les aspects de ce système, les plus pertinents à cette étude, sont présentés, soit les principales politiques et structures organisationnelles en santé mentale ainsi que les règles inhérentes au système professionnel et à l'organisation du travail. La deuxième partie de ce chapitre porte sur le contexte organisationnel des services en santé mentale, spécifique à l'Île de Montréal et au centre hospitalier où s'est déroulée cette étude.

#### 3.1.1 Le système de santé et des services sociaux

Le système québécois de santé et des services sociaux s'est développé suite à l'avènement de lois fédérales et provinciales<sup>24</sup>, au cours des années 50 et 60, qui ont été les prémices de changements majeurs tant dans les programmes et services que dans la structure des établissements. On assista, notamment, à la création d'associations médicales, professionnelles et syndicales, au développement de nouveaux modes de gestion dans les ministères et les établissements et à la formation de plusieurs ministères qui se sont modifiés de façon continue par la suite.

La première grande réforme des services de santé et des services sociaux, découlant de la Commission Castonguay-Nepveu, amorcée en 1970, a contribué à la modification des missions des établissements qui existaient jusque là, à de profondes remises en question du rôle des organismes communautaires et à la création de nouveaux établissements dont les CLSC, les centres de services sociaux (CSS) et les régies régionales. L'État généralisa alors un modèle uniforme de production de services. De nouvelles lois furent adoptées dont le Code des professions qui réglemente l'exercice professionnel. Déjà, à cette époque, la Commission Castonguay-Nepveu (1971) recommandait que les services soient complémentaires et régionalisés et qu'ils soient pris en charge par la communauté.

Par la suite, il y eut plusieurs autres commissions et documents prônant des réorganisations dans le système de santé et des services sociaux dont: la Commission Rochon (1985-1988), les Orientations

---

<sup>24</sup> Parmi ces lois, notons la Loi sur l'assurance-hospitalisation (1960), qui assura la gratuité des frais de services et d'hébergement en milieu hospitalier, la *Loi de l'assistance médicale* (1966) qui assura la gratuité des services médicaux ambulatoires aux bénéficiaires de l'aide sociale, la *Loi de l'aide sociale* (1969), qui permit aux plus démunis d'obtenir des prestations d'aide sociale.

(1989), la Réforme axée sur le citoyen qui mena à l'adoption de la Loi 120 (1991)<sup>25</sup> et de la Politique de santé et bien-être (1992). Ces commissions et rapports ont mené aux courants, en force ces dernières années, soit la rationalisation des services, les regroupements d'établissements et les transfert de certains services vers les CLSC et les ressources communautaires.

Ces nombreuses réformes ont contribué à une nouvelle répartition des pouvoirs décisionnels. La distribution des pouvoirs décisionnels en matière de santé et de services sociaux relève de la structure hiérarchique du système, laquelle s'est modifiée au cours des multiples réformes. Les instances ministérielles—MSSS, Conseil du Trésor—ont, par ailleurs, toujours eu un rôle majeur dans les décisions relatives à la santé et aux services sociaux, notamment, le double mandat paradoxal de favoriser le développement des services et d'en assurer, à la fois, le contrôle. Avec l'adoption de la Loi 120, en 1991, le Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) a conservé un pouvoir central en dépit de l'intention de répartir plus équitablement les ressources en région.

Lorsque l'on examine la structure administrative du système de santé et des services sociaux, il devient plus facile d'en saisir la complexité et la lourdeur. Étant donné l'ampleur de son mandat, le MSSS a mis en place plusieurs directions et organismes pour gérer le système de soins et services dont la Direction générale de la santé et la Direction générale des services sociaux qui gèrent respectivement les secteurs de la santé et des services sociaux. Ces organismes possèdent leurs propres lignes hiérarchiques décisionnelles. Les services en santé mentale dépendent à la fois de ces deux lignes de direction pour l'orientation de leurs politiques et priorités, leurs budgets ainsi que leurs mécanismes d'évaluation et contrôle. Avec les multiples transformations du système, une partie de l'administration des services psychiatriques fut transférée aux régies régionales, l'autre partie, relevant toujours de structures propres au MSSS. De plus, les établissements qui dépendent du MSSS bénéficient d'une marge de manoeuvre en raison de leur existence juridique autonome. Ainsi, les pouvoirs relèvent de plusieurs lignes de direction parallèles, voire, indépendantes l'une de l'autre. Il est plausible de concevoir qu'un système administratif ainsi constitué puisse être difficilement efficace.

La distribution multiple et complexe des pouvoirs, des autorités et des responsabilités, issue d'une telle structure décisionnelle, combinée aux nombreux changements et compressions budgétaires eurent de lourdes conséquences sur la pratique des intervenants. Voyons, par exemple, les conséquences liées à l'adoption de la *Loi sur la protection de la jeunesse*. Cette loi oblige toute personne, y compris tout professionnel, au signalement d'un enfant en difficulté à la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ), lorsque la "sécurité ou le développement de l'enfant sont compromis"<sup>26</sup>. Dès son adoption, les praticiens sociaux eurent à travailler en étroite collaboration avec le milieu judiciaire. Ils furent ainsi

---

<sup>25</sup> Loi 120 ou *Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives*.

<sup>26</sup> Se référer à la *Loi sur la protection de la jeunesse*, L.R.Q., chapitre P-34, I, art. 38.1.

placés en contexte d'autorité ce qui contribua grandement à modifier leur pratique. Cette Loi structura les pratiques en fonction d'étapes de signalement, d'évaluation et de révision des cas, lesquelles n'étaient pas assumées par les mêmes intervenants. Cette division affecta le principe de continuité dans l'intervention. Parmi les changements structuraux, induits par cette Loi, on note l'obligation de rendre les services accessibles tous les jours et 24 heures par jour. Ces modifications se sont, en outre, déroulées dans un contexte de compressions budgétaires majeures qui obligèrent la réduction des effectifs dans les CSS et des coupures de services. En conséquence, bien que la *Loi sur la protection de la jeunesse* ait apporté des avantages certains pour la protection des enfants et le développement d'expertises en service social, elle contribua également à augmenter la pression due aux charges de travail plus importantes, aux listes d'attente, aux contraintes budgétaires et à la lourdeur de la clientèle. Ces facteurs expliqueraient le roulement important du personnel et la difficulté de recruter du personnel expérimenté pour les services de protection de la jeunesse.

### **3.1.2 Les services en santé mentale**

Les réformes dans le système de santé et des services sociaux ont eu des impacts majeurs sur les services en santé mentale dont, l'élaboration de politiques et de nouvelles structures. L'évolution du secteur de la santé mentale suivit un cheminement similaire à celle du secteur de la santé et des services sociaux. Jusqu'aux années 60, les services psychiatriques n'étaient pas intégrés aux services de santé. Ils étaient assurés par les asiles psychiatriques dirigés alors par les communautés religieuses. Les nouvelles connaissances en médecine et en pharmacologie contribuèrent au développement des traitements psychiatriques et pharmacologiques, des thérapies et de la réadaptation et à une nouvelle conception des services psychiatriques. Cette période donna lieu, en outre, aux premières tentatives d'intégrer les patients psychiatriques dans la communauté, posant, du même coup, les premiers jalons du débat sur la désinstitutionnalisation.

Ces nouvelles conceptions conduisirent à l'adoption d'une série de mesures dont le développement des services de psychiatrie dans les hôpitaux généraux, le transfert de la responsabilité de ces services des communautés religieuses aux psychiatres et l'intégration d'autres professionnels aux équipes soignantes dont, les travailleurs sociaux, les psychologues et les ergothérapeutes. Ayant désormais à répondre à 75 pour cent des besoins de la clientèle atteinte de troubles mentaux, les centres hospitaliers de courte durée (CHCD) développèrent leurs unités psychiatriques. À l'instar des hôpitaux psychiatriques, les urgences des CHCD devinrent les nouvelles portes d'entrée de cette clientèle dans le réseau de la santé. La psychiatrie devint alors une discipline médicale comme les autres et, "en quelque sorte en compétition avec les autres" (Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux, 1986, p.4).

Un des impacts de la Réforme Castonguay fut la mise en place du processus de désinstitutionnalisation pour les personnes atteintes de troubles mentaux. Le maintien de ces personnes dans leur milieu naturel

et la décentralisation des services vers des ressources de petite taille étaient ainsi visés. Toutefois, n'ayant pu obtenir les ressources humaines et financières nécessaires, les milieux naturels des personnes atteintes de troubles mentaux ne purent en assumer la charge.

La désinstitutionnalisation nécessita donc la mise sur pied de ressources intermédiaires—pavillons d'accueil, familles d'accueil, appartements supervisés et foyers de groupe—relevant des CSS et le développement du réseau communautaire pour assurer le suivi des personnes désinstitutionnalisées et éviter leur réhospitalisation. Mais, ces ressources n'avaient pas le mandat d'offrir des services thérapeutiques et n'y furent pas préparées. De la même façon, les CSS et les CLSC, ne disposant pas de ressources suffisantes, ne purent assurer de suivi aux interventions pratiquées en institution. Les budgets et les ressources étaient consacrés principalement aux services dans les centres hospitaliers.

### 3.1.2.1 Politique de santé mentale (1989-1994)

Ce contexte mouvant dans le domaine de la santé mentale favorisa la diversification, voire, des divergences importantes dans les philosophies et pratiques de la psychiatrie. Il contribua ainsi à l'émergence de nombreux débats quant aux orientations à privilégier pour le développement et le maintien de la santé mentale. La délimitation des champs de pratique et du partage des responsabilités, notamment, entre le réseau communautaire et institutionnel et la distinction entre les concepts de santé mentale et de maladie mentale demeuraient des sources de conflit, d'où des problèmes sérieux de complémentarité et de coordination à tous les paliers d'intervention. De cette situation, émergea le besoin d'élaborer une politique de santé mentale.

S'appuyant sur des principes de reconnaissance du potentiel et de l'engagement des personnes souffrant de problèmes de santé mentale et de leur entourage, de la communauté et des intervenants puis, sur les principes de partenariat à tous les niveaux et dans toutes les activités du système, la Politique de santé mentale (PSM) recommanda que les interventions soient centrées sur la personne et sur son milieu, qu'un soutien financier soit accordé aux organismes communautaires et que l'organisation des services relève du niveau régional. La PSM proposa, en outre, l'élargissement de la notion de santé mentale ainsi qu'une nouvelle classification des problèmes de santé mentale en fonction de leur intensité<sup>27</sup>. Dès lors, la notion santé mentale engloba les trois dimensions suivantes—l'axe biologique, l'axe psychodéveloppemental et l'axe contextuel—lesquelles se rapportent à l'insertion de la personne dans son environnement et à ses relations avec son entourage. La Politique insista sur la nécessité d'agir sur toutes les dimensions et d'élargir l'action en santé mentale.

---

<sup>27</sup> La Politique détermina trois grandes catégories de problèmes de santé mentale en fonction de leur intensité et sans égard aux catégories déjà conçues pour des fins diagnostiques. Il s'agit des troubles mentaux graves, où l'on retrouve les malades mentaux chroniques, des troubles mentaux transitoires, d'intensité variable et finalement, la troisième catégorie qui comporte des situations où la santé mentale est menacée. Cette dernière catégorie s'adresse aux personnes exposées à des situations ou des conditions de vie insoutenables.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) considérait la Politique de santé mentale comme un outil dynamique devant s'ajuster à la réalité toujours mouvante de la réalité québécoise. L'évaluation des résultats de l'implantation et de l'opérationnalisation de la PSM révéla que les moyens retenus n'avaient été appliqués que partiellement et mena, cinq ans plus tard, à une révision en profondeur de la PSM. Ces travaux menèrent à la publication, en 1994, des "Recommandations pour développer et enrichir la Politique de santé mentale" (Comité de la santé mentale du Québec, 1994).

### 3.1.2.2 Enrichissement de la Politique de santé mentale

Cette nouvelle version de la PSM propose une nouvelle conception des problèmes de santé mentale et met en évidence les besoins en matière de prévention et de promotion de la santé mentale et de concertation entre les services.

Dans un souci de clarifier davantage la distinction des notions de troubles mentaux et de problèmes de santé mentale, le Comité proposa une nouvelle façon de représenter l'état de santé mentale d'un individu, à partir de deux continuums: le continuum de trouble mental et le continuum de santé mentale (Comité de la santé mentale du Québec, 1994; p.10). Cette nouvelle représentation rend compte, selon le Comité, d'une réalité beaucoup plus complexe pour la personne atteinte d'un trouble mental que la seule présence ou absence de ce trouble. Ainsi, la "réalité individuelle" d'une personne n'est plus seulement composée des caractéristiques de l'individu, mais aussi, de l'environnement immédiat, des systèmes d'appartenance de l'individu (famille, ethnie, école, milieu de travail, ... ) et des conditions sociales, qui influencent l'exercice de ses rôles individuels et sociaux. Ce nouveau modèle tient compte des interrelations complexes entre chacun des éléments représentés par des "microsystèmes" qui s'intègrent l'un à l'autre (Comité de la santé mentale du Québec, 1994; p.11).

Cette nouvelle conception des troubles mentaux et des problèmes de santé mentale mena à l'élaboration de stratégies pour la mise en place de conditions favorables à la santé mentale et à la remise en question des tendances traditionnelles d'interventions, c'est-à-dire le recours quasi-exclusif aux services curatifs. Tout en préconisant le maintien des services curatifs, le Comité insista sur le caractère complémentaire qui devrait exister entre l'intervention curative et l'intervention préventive et promotionnelle et sur l'importance de tendre vers un meilleur équilibre entre les deux types d'intervention.

Des lacunes furent mises en évidence dans cette nouvelle version de la PSM, notamment, le morcellement et le cloisonnement des services destinés aux jeunes en difficulté et à leur famille, ces services étant organisés en "secteurs" autour de problématiques particulières ainsi que l'insuffisance des services de réadaptation et de réintégration sociale attribuable, en grande partie, à des problèmes de coopération multisectorielle. De façon générale, des problèmes de concertation généralisés à tous les paliers d'interventions furent reconnus.

La suite des événements montre qu'en dépit d'une identification détaillée des lacunes et qu'en dépit de bonnes intentions, il demeure difficile d'apporter les changements nécessaires. Cette difficulté s'explique, en partie, par la difficulté de modifier les structures des grands systèmes, mais aussi, par les résistances des divers intervenants à remettre en question leur fonctionnement dans le cadre de leur milieu de travail. Les recommandations du Comité de santé mentale du Québec ne furent, en effet, pas appuyées par tous les intervenants. Paul Morin (1992), intervenant oeuvrant dans le milieu communautaire, fut un de ceux qui critiqua ouvertement certaines recommandations de la PSM. Selon lui, elle ne mettait pas suffisamment en évidence les problèmes qu'il attribuait aux structures institutionnelles, dont la rigidité issue du pouvoir médical et l'organisation bureaucratique hiérarchique à l'intérieur des institutions hospitalières. Il questionna, entre autres, le fait que la communauté devienne le principal fournisseur d'assistance d'autant plus que la confusion et l'incertitude persiste autour du concept de communauté. Il dénonça la tendance des gouvernements à alterner entre une gestion centralisatrice et décentralisatrice et vit, dans le mouvement de décentralisation préconisée dans les nouvelles politiques touchant à la santé mentale, une opportunité de diminuer les ressources financières, de contrôler les pratiques professionnelles et l'allocation de ressources. Il commenta, aussi, l'augmentation du financement des organismes communautaires qui devraient, ainsi, accepter de devenir complémentaires aux institutions du système public. De l'avis de l'auteur, ces conditions constituaient un moyen pour le gouvernement d'assurer sa mainmise sur les organismes communautaires. Il serait ainsi plus difficile, pour ces derniers, de demeurer autonomes s'ils étaient financés par l'État. Ainsi, pour Morin (1992) l'approche centrée sur l'hôpital risquait de se perpétuer.

En résumé, la PSM constitue pour certains une tentative sérieuse d'aménager les changements nécessaires pour favoriser la prise en charge des personnes atteintes de problèmes de santé mentale par elles-mêmes ou par leur entourage. Les recommandations de la PSM ne font toutefois pas l'unanimité car, tout en remettant en question le modèle institutionnel et médical, elles remettent aussi en cause le fonctionnement traditionnel des milieux communautaires.

### 3.1.2.3 Services de santé mentale sur l'Île de Montréal: la situation actuelle

Les modifications relatives à la Loi 120, adoptée en 1991, sont toujours effectives. Depuis, le système québécois de santé et de services sociaux québécois s'est retrouvé dans un processus de transformation majeure en raison, principalement, de sévères compressions budgétaires imposées par les différents ministères. Ces compressions budgétaires ont réactivé la révision en profondeur du système actuel ce qui a conduit à l'élaboration de plans de réorganisation des services de santé et des services sociaux pour chacune des régions administratives de la province. Ces réorganisations ont impliqué des coupures de services dans certains secteurs, des regroupements, des fusions et des fermetures d'établissements ainsi qu'une redistribution de services de santé et de services sociaux.

Pour l'Île de Montréal, un projet de réorganisation des services de santé et des services sociaux fut élaboré en juin 1995 par la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre (RRSSSMC)<sup>28</sup>, à l'issue d'une vaste consultation publique. Il s'agissait de dresser un "scénario de transformation" du réseau de services pour l'ensemble du territoire tout en réduisant l'enveloppe budgétaire de 190 millions de dollars. Ces restrictions et les nouvelles politiques en santé amenèrent la RRSSSMC à proposer, parmi ses moyens d'action, une réallocation importante des ressources disponibles.

La santé mentale fut une des priorités déterminées par la RRSSSMC. En dépit des changements proposés dans le cadre de la PSM, l'organisation des services en santé mentale avait peu évolué. De façon générale, l'on constatait que les services demeuraient presque exclusivement de nature curative et offerts à l'hôpital, que peu de services étaient accessibles dans la communauté tant pour les personnes qui présentaient les problèmes que pour leurs proches, que le processus de désinstitutionnalisation était toujours inachevé, que les services intégrés pour les clientèles à problèmes multiples étaient absents. De leur côté, les services à la clientèle enfance-jeunesse et aux adolescents présentaient aussi leurs lacunes. Les ressources de pédopsychiatrie étaient mal réparties entre les centres hospitaliers de la région. L'accès aux services de première ligne, aux cliniques externes et à l'hospitalisation de longue durée demeurait difficile pour cette portion de la clientèle. Le soutien aux parents et au réseau d'aidants naturels était insuffisant et le recours au placement, trop fréquent. Les actions des différents intervenants manquaient de continuité et de concertation et ceux-ci n'étaient pas suffisamment présents auprès des jeunes et de leurs familles. Finalement, les services d'information, de prévention et de promotion étaient insuffisants et les difficultés d'harmonisation, de collaboration et de complémentarité intersectorielle demeuraient importantes.

En dépit des appuis politiques, l'implantation des services de santé mentale dans les CLSC présente toujours des difficultés. Les intervenants en CLSC déplorent, entre autres: le développement insuffisant de leurs services de base pour les personnes ayant des troubles mentaux transitoires et sévères; les carences au plan de leur formation en santé mentale; la remise en question insuffisante du rôle du secteur institutionnel dans le virage vers les services alternatifs à l'hospitalisation et l'absence de réallocation financière; les problèmes de concertation entre les CLSC, les centres hospitaliers et les organismes communautaires; l'absence de concertation avec des secteurs autres que la santé et les services sociaux (justice, éducation, ...). Pour résoudre ces problèmes, la Fédération des CLSC compte sur un leadership plus ferme du MSSS afin d'assurer la révision des rôles entre les établissements de première ligne et de deuxième ligne et la réallocation des ressources du milieu institutionnel vers la communauté (Fédération des CLSC du Québec, 1995).

---

<sup>28</sup> Depuis janvier 2004, les Régies régionales de la santé et des services sociaux sont devenues des Agences de développement des réseaux locaux de services de santé. Toutefois, l'ancienne nomenclature sera maintenue pour les besoins de cette thèse.



Dans des documents publiés en 1995 et en 1997 soumis à une vaste consultation publique, la RRSSSMC proposa une série de recommandations et de mesures pour améliorer les services en santé mentale tant pour la population adulte que pour la jeunesse et la petite enfance (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 1995). Essentiellement les objectifs suivants sont poursuivis: soutenir le développement de services de base en santé mentale dans les CLSC tout en s'assurant que ces services soient coordonnés avec les autres établissements, renforcer les services de réadaptation et de réinsertion sociale, poursuivre le développement de services psychiatriques ambulatoires, réviser l'organisation des services en pédopsychiatrie, c'est-à-dire, assurer un meilleur partage des responsabilités et de meilleurs mécanismes de liaison entre les dispensateurs de services, améliorer l'organisation des services pour la clientèle psychiatrie-justice et finalement, établir un plan de formation et d'adaptation de la main-d'oeuvre.

#### 3.1.2.4 Sectorisation

Les conditions liées à la sectorisation influencent grandement la prestation des services de santé mentale sur l'Île de Montréal. La sectorisation, mécanisme établi depuis plus de 25 ans, exige que chaque centre hospitalier de certaines régions du Québec, dont l'Île de Montréal, assume une responsabilité territoriale pour la dispensation des services psychiatriques. La sectorisation comporte trois objectifs principaux: l'accessibilité de l'ensemble des services psychiatriques à toute personne, l'adaptation de ces services aux besoins de la population en tenant compte des particularités régionales et sous-régionales et finalement, une meilleure répartition des ressources (Amyot, Aird, Charland & Robillard, 1985).

Depuis son application, la sectorisation a toujours soulevé des controverses. La définition des territoires fut déterminée selon des critères administratifs. En conséquence, les secteurs psychiatriques ne correspondent pas toujours aux territoires naturels, ni aux autres grilles territoriales utilisées dans le réseau de la santé et des services sociaux. Par exemple, les CH et les CLSC de la région montréalaise ne sont pas sectorisés selon les mêmes critères et les mêmes territoires. Il en est de même pour la sectorisation des services de pédopsychiatrie et de santé mentale adulte. On se retrouve ainsi fréquemment dans la situation où une mère et son enfant, n'ont pas accès aux mêmes établissements pour obtenir des services. En outre, les mécanismes de sectorisation sont fréquemment utilisés de façon rigide par les milieux de soin, limitant ainsi le choix des patients et des intervenants.

Ce principe de sectorisation est remis en question avec l'actuelle réorganisation des services de santé et des services sociaux sur l'Île de Montréal, en raison principalement de la fermeture de certains hôpitaux. Ces fermetures ont donné lieu à l'agrandissement du territoire des établissements restants et, du même coup, à la redéfinition de leurs secteurs et à la redistribution de leur clientèle. Pour les CLSC, le principe de sectorisation s'est maintenu et, l'on tente progressivement d'harmoniser leur secteur avec ceux des hôpitaux qui se trouvent sur le même territoire. De la même façon, la RRSSSMC (1997) propose l'harmonisation des sectorisations des services de santé mentale adulte et de pédopsychiatrie

dans son nouveau plan de réorganisation des services de santé mentale.

En conclusion, le contexte, que nous venons de décrire, constitue la trame de fond des services en santé mentale. Ce survol historique remet en perspective les principaux enjeux socio-politiques sous-jacents à l'organisation de ces services. L'ensemble des réformes et des réorganisations administratives ont eu des répercussions importantes sur les divers agents d'intervention. Ces agents sont aussi soumis à des règles qui relèvent d'autres systèmes, dont le système professionnel et les normes du travail (Code du travail, Loi sur les normes du travail, conventions collectives). La prochaine section présente une brève description de ces systèmes et de leurs influences sur le système de santé et des services sociaux.

### 3.1.3 Les autres systèmes en présence

L'évolution de la réglementation professionnelle allant de pair avec l'évolution des professions contribua, de l'avis de plusieurs (Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux, 1988), aux problèmes contemporains du système de la santé et des services sociaux. Le système professionnel fut aussi soumis à plusieurs autres règles formelles et informelles, dont l'organisation du travail et les conventions collectives. Bien qu'ayant été influencés par les politiques sociales, ces systèmes ont influencé, à leur tour, la distribution des services de santé et des services sociaux.

#### 3.1.3.1 Le système professionnel

À ce jour, le système professionnel compte plus de 285, 000 professionnels répartis dans 45 ordres professionnels dont la moitié se retrouvent dans le secteur de la santé et des services sociaux. Le système professionnel actuel est régi par le Code des Professions, 25 lois particulières et environ 500 règlements afférents. Le Code des Professions fut adopté en 1973 et modifié une première fois en 1994 par la Loi 140<sup>29</sup>, puis une nouvelle fois, par le projet de loi 90, le 14 juin 2002 (Conseil interprofessionnel du Québec, 2004).

##### 3.1.3.1.1 Le Code des Professions

Le Code des Professions est la loi cadre du système professionnel. Il soumet les ordres, qui régissent les diverses professions, à des principes communs d'organisation et leur attribue le mandat d'assurer la protection du public en contrôlant l'exercice de la profession par ses membres. De cette façon, le Code des Professions rend obligatoire l'appartenance d'un professionnel à un ordre s'il veut en porter le titre (Conseil interprofessionnel du Québec, 1991).

---

<sup>29</sup> Le 16.06.94, le Code des Professions fut modifié par l'adoption du projet de loi 140 (*Loi modifiant le Code des Professions et d'autres lois professionnelles*). Les termes "corporation" et "corporation professionnelle" furent alors remplacés par "ordre" ou "ordre professionnel".

Il existe deux grandes catégories d'ordres professionnels: les ordres à exercice exclusif, qui ont le double contrôle du titre et de l'exercice et, les ordres à titre réservé, qui ont le contrôle du titre seulement<sup>30</sup>. En dépit des différences de statut, tous les ordres sont tenus aux mêmes obligations et ont un fonctionnement uniforme, en vertu du Code des Professions. Tout en exerçant un contrôle, par un mécanisme d'inspection professionnelle et par l'application d'un Code de déontologie, ce cadre législatif maintient un principe d'autonomie pour le système professionnel québécois, qui se réalise par des processus d'autogestion, d'autoréglementation et de jugement par les pairs.

Les récentes modifications<sup>31</sup> au Code des Professions comportaient l'objectif de moderniser l'organisation professionnelle de la santé dans le secteur public, en vue d'une meilleure organisation des services et d'un accès plus rapide aux soins de santé, toujours dans une perspective de protection du public. On souhaitait aussi régler les problèmes associés à l'évolution du système professionnel qui avait donné lieu dès sa formation à de nombreuses tensions interprofessionnelles. De même les anciens statuts juridiques étaient sources de tension, en raison de différences en matière de pouvoir professionnel et de difficultés de définitions des champs d'exercice et d'actes professionnels (Office des Professions, 1996).

Parmi les professions touchées par ces modifications se trouvent la médecine, le nursing et l'ergothérapie (Conseil interprofessionnel du Québec, 2004; [www.Professions-quebec.org/systeme-proles](http://www.Professions-quebec.org/systeme-proles) modifications). Ces professions bénéficient ainsi d'une description renouvelée de leur cadre d'intervention et de leurs exercices exclusifs (pour les professions à exercice exclusif), de la définition d'un champ d'exercice non exclusif définissant l'essence de chaque profession, enrichies d'une mission commune. Les professions à exercice exclusif, dont les professions d'infirmière et de médecine, voient leurs activités réservées modifiées. Les autres professions, à titre réservé, se voit attribuer des activités réservées qui peuvent être partagées par plusieurs professions.

### 3.1.3.1.2 Problématique relative au professionnalisme

Les rapports des deux Commissions d'Enquête—Castonguay-Nepveu et Rochon—publiés respectivement en 1971 et en 1988, ont identifié le système professionnel comme un des éléments problématiques du système de santé et services sociaux, principalement, en raison des difficultés de collaboration interprofessionnelle qui représentent un frein à "... l'accessibilité, l'adaptabilité et la continuité des services" (Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux, 1988: p. 571).

La problématique du système professionnel est d'autant plus complexe qu'elle relève du statut et des

---

<sup>30</sup> Parmi les professions concernées par cette recherche, les ordres des médecins et des infirmières et des infirmiers sont d'exercices exclusifs et les ordres des psychologues, des travailleurs sociaux et des ergothérapeutes sont à titre réservé.

<sup>31</sup> Ces modifications sont en vigueur depuis le 30 janvier 2003 pour les infirmières et le 1<sup>er</sup> juin 2003 pour les autres.

pouvoirs des professionnels. Son histoire montre que les premières professions à s'être donné un statut professionnel ont eu pendant longtemps de nombreux privilèges et de l'emprise sur les autres professions. D'ailleurs, ces professions demeurent dominantes dans le système professionnel et leur statut d'exercice exclusif, bien que nécessaire pour la protection du public, consacre ces privilèges. De l'avis des deux principales Commissions d'Enquête, le développement du système professionnel a contribué à l'émergence des luttes interprofessionnelles et a nui au développement d'une approche globale et intégrée entre les diverses professions (Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux, 1988: p.260). Ce constat ainsi que les pressions économiques ont conduit les membres de la Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux (1988), la Commission Rochon, à proposer diverses mesures qui ont mené à la révision du Code des Professions, dont les applications ne sont pas finalisées.

En somme, les professionnels de la santé et des services sociaux jouent des rôles plus ou moins stratégiques dans la division du travail selon qu'ils contrôlent un champ d'exercice exclusif ou qu'ils évoluent dans une profession à titre réservé. Cette situation permet à certains d'entre eux de bénéficier d'une grande influence sur la répartition des tâches et d'exercer un contrôle sur les activités des autres professionnels. Aussi, en dépit des bénéfices apportés par la réglementation professionnelle, plusieurs intervenants du réseau de la santé et des services sociaux sont d'avis qu'elle a eu plus d'effets négatifs que positifs. Elle a conduit, selon eux, à une organisation rigide du travail dans le réseau de la santé; elle aurait encouragé, plutôt que réduit, les conflits entre groupes professionnels et aurait fait obstacle au travail interdisciplinaire (Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux, 1988).

### 3.1.3.2 Organisation du travail dans les services de santé et services sociaux

La réglementation professionnelle comporte d'autres règles qui ont aussi des influences importantes dans les prestations des services en santé et des services sociaux (Dussault, 1993). Outre les lois, décrets, règlements et conventions de travail officiels régissant le système professionnel, la réglementation professionnelle comprend les règles internes des établissements qui définissent l'organisation du travail selon les champs d'action, les fonctions, les clientèles ou les programmes, ainsi que les règles non formelles représentatives des traditions des établissements et des modes professionnelles. La réglementation professionnelle, vue selon cette perspective plus globale, constitue un des déterminants de la production et de l'utilisation des services de santé. Elle détermine la division du travail entre les "producteurs de soins" et elle influence leurs comportements en délimitant ce qu'ils sont autorisés à faire et, jusqu'à un certain point, comment ils peuvent le faire. De son côté, le "consommateur de soins", le patient, ne peut choisir son fournisseur de soins qu'à l'intérieur des limites permises par ces normes. En somme, les professionnels et les organisations, dont ils font partie, ne sont que des acteurs parmi d'autres—la population, les organismes payeurs et le gouvernement—à contribuer à la structure et à la régulation du système de soins (Contandriopoulos, 1994).

La première réforme des services de santé et des services sociaux et le développement du réseau public, qui s'ensuivit, ont donné lieu à une croissance importante des effectifs affectés aux services, consacrant ainsi l'État québécois comme l'employeur principal du réseau de la santé et des services sociaux. C'est à cette époque que le mouvement de syndicalisation des employés des hôpitaux du Québec prit un essor particulier. La gestion des ressources humaines découlant de la syndicalisation s'effectue par l'affectation du personnel par titres d'emploi et par l'application des conventions collectives. En dépit d'avantages non négligeables, ce type de gestion restreint, d'un côté, l'autonomie des établissements comme employeurs et limite, d'un autre côté, les mécanismes de participation des employés à la gestion, à la flexibilité du travail et à l'adaptation aux besoins du milieu. Par ailleurs, depuis quelques années, le processus de négociation tend à se décentraliser. Par la prise en charge par les milieux locaux de leur conditions de travail, l'on vise à favoriser des arrangements mieux adaptés aux besoins des travailleurs et de leurs administrateurs.

En conclusion, l'histoire du système de santé et de services sociaux dépeint un système lourd et très complexe en continuelle mutation. De son côté, le système de soins en santé mentale a subi de multiples remises en question mais la transformation réelle des services demeure difficile. On retrouve, en arrière-plan, des divergences au plan des philosophies et des pratiques entre le milieu professionnel et le milieu communautaire. Le système professionnel et l'organisation du travail sont d'autres pions importants à prendre en compte dans cet échiquier. La transformation du système se déroule, en outre, dans un contexte de fortes contraintes budgétaires. L'ensemble de ces éléments relevant de différents paliers organisationnels constitue la trame de fond des interventions en santé mentale s'adressant à la population de mères atteintes de troubles mentaux graves. Outre le contexte général, que nous venons de décrire, la pratique des intervenants est aussi régie par plusieurs autres règles et usages spécifiques à leur région ou à leur milieu de pratique, lesquels sont présentés dans la prochaine section.

### **3.2 CONTEXTE PARTICULIER**

La présente section décrit l'organisation des services en santé mentale sur l'Île de Montréal ainsi que les pratiques de concertation prédominantes dans le sous-secteur du centre hospitalier où s'est tenue cette étude. Les caractéristiques de cet établissement, la structure et le fonctionnement de son département de psychiatrie, les procédures relatives à l'encadrement de sa clientèle psychiatrique, les rôles des intervenants qui pratiquent au sein d'équipes multidisciplinaires y sont présentés. Ces éléments sont essentiels à la compréhension des cas présentés au cours des chapitres suivant où l'on trouvera plusieurs références au contexte particulier.

### 3.2.1 Services de santé mentale dans la région de Montréal

#### 3.2.1.1 La sous-région Centre-Est

Au moment où cette étude a débuté, la région de Montréal était divisée administrativement en six sous-régions, qui servaient de cadre à l'implantation et la distribution des services de santé mentale sur une base sous-régionale. Ces six sous-régions—les sous-régions Est, Centre-Est, Centre-Ouest, Sud-Ouest, Ouest, et Nord—présentaient des caractéristiques très différentes qui les ont amenées à développer leur propre structure organisationnelle, leur mode de distribution des services de santé mentale et leur modèle de concertation entre les organismes communautaires et établissements. Nous porterons notre attention sur la sous-région Centre-Est, où se trouve le centre hospitalier où s'est tenue cette étude.

La sous-région Centre-Est est connue comme étant la zone la plus défavorisée de l'Île de Montréal. En raison de la place centrale qu'elle occupe, on y retrouve une grande partie des populations itinérantes à problèmes multiples dont une grande pauvreté et des problèmes de toxicomanie. Ce problème de l'itinérance est attribué à l'échec de la désinstitutionnalisation et au contexte économique difficile (White, Mercier et Roy, 1993).

Au moment de l'étude, la sous-région Centre-Est comprenait quelques hôpitaux généraux qui avaient chacun un département de psychiatrie, trois CLSC, quelques structures intermédiaires dont, les appartements satellites, les appartements supervisés, les centres de jour et des familles d'accueil, et une importante concentration d'organismes communautaires et de ressources alternatives en santé mentale. On n'y trouve pas, par ailleurs, d'établissement à vocation exclusivement psychiatrique (CHPSY).

#### 3.2.1.2 Modèle de concertation par alliances

Cette section s'appuie sur les résultats d'une étude de White, Mercier et Roy (1993) qui a porté sur les pratiques de concertation et de communication interorganisationnelles ainsi que sur les conditions d'accès aux ressources de santé mentale pour trois sous-secteurs de la région de Montréal dont la sous-région Centre-Est<sup>32</sup>. Selon ces auteures, la sous-région Centre-Est fonctionne selon un modèle de concertation "par alliance" selon lequel les alliances entre organismes communautaires autonomes et établissements du réseau public sont établies au moyen de contrats et d'ententes de service. Ce modèle de concertation se caractérise par une plus grande fréquence de rapports entre les organismes et les intervenants que dans d'autres sous-régions. Sa dynamique se traduit par une diversité d'alliances possibles selon les organismes en présence. Ces alliances peuvent prendre différentes formes et s'articulent dans le cadre de "mini-réseaux distincts", par des liens formels ou informels. En dépit du

---

<sup>32</sup> Ces auteures ont identifié trois modèles de concertation interorganisationnelle et interprofessionnelle dans trois sous régions en santé mentale dans la région de Montréal. Il s'agit du modèle de collaboration dans la sous-région du Sud-Ouest, du modèle de complémentarité dans la sous-région Est de Montréal et du modèle des alliances dans la sous-région Centre-est.

grand nombre de rapports entre les organismes, on ne peut parler de concertation unifiée dans ce modèle.

White, Mercier et Roy (1993) expliquent le développement d'une telle pratique de concertation par plusieurs facteurs dont la diversité et la complexité des problèmes inhérents à la sous-région Centre-Est—notamment l'itinérance, l'extrême pauvreté et l'absence de logement—et certaines caractéristiques liées à la répartition des établissements de santé qui s'y trouvent, notamment, l'absence d'un grand hôpital psychiatrique et la coexistence de plusieurs hôpitaux généraux. Ces facteurs auraient favorisé le développement de plusieurs champs de concertation autour des sous-populations des petits quartiers d'où, l'émergence de la concertation au sein de mini-réseaux d'alliances organisationnelles. Chaque hôpital, muni d'un service de psychiatrie, a, en effet, développé pour sa clientèle son propre réseau d'organismes répartis sur son territoire. Les organismes communautaires du territoire et les structures intermédiaires développées par les hôpitaux constituent, avec les hôpitaux eux-mêmes, les éléments des mini-réseaux. De l'avis des auteures, cette organisation met en évidence la place toujours centrale occupée par les grandes institutions comme pivots de concertation en dépit de la place importante des ressources communautaires. En outre, l'abondance de structures intermédiaires dans le Centre-Est donne lieu à des relations plus formalisées—contrats et ententes de service—entre établissements et contribuent au maintien des rôles "pivot" des hôpitaux. Enfin, d'autres facteurs tels, la localisation centrale de la région Centre-Est—qui en a fait le lieu d'élection des populations lourdes et marginalisées lors du mouvement de désinstitutionnalisation—l'émergence de services psychiatriques dans les centres hospitaliers fondés sur le modèle médical et l'émergence simultanée de ressources communautaires qui ont développé leurs propres services, en opposition au modèle bio-médical prédominant dans les hôpitaux, expliquent l'émergence du modèle de concertation "par alliances".

L'établissement d'alliances entre établissements et organismes fut favorisé par la proximité géographique et la similarité des clientèles. Cela ne signifie pas, par ailleurs, que les intervenants qui y pratiquent partagent les mêmes philosophies. En fait, bien que leur rapport de force serait relativement égalitaire, les réseaux institutionnels et communautaires du Centre-Est n'auraient établi que très peu de liens fondés sur des consensus philosophiques. En somme, outre les rapports de type formel qui caractérisent le modèle de concertation par alliances, les divergences idéologiques contribuent à une concertation fragmentée dans la sous-région Centre-Est.

White, Mercier et Roy (1993) ont aussi mis en évidence, par leur étude, certaines caractéristiques quant à la nature des rapports interprofessionnels observés dans le modèle de concertation par alliances. Des signes de méfiance mutuelle furent observés entre les intervenants du réseau public et des organismes communautaires. Du côté des organismes communautaires, cette méfiance semblait basée sur une polarisation idéologique entre le concept santé mentale et le concept de maladie mentale, ce dernier étant plus répandu dans les services psychiatriques d'orientation médicale. Les professionnels du réseau public, quant à eux, questionnaient les compétences des intervenants communautaires en ce qui regarde

la clientèle atteinte de problèmes de santé mentale. En dépit de ce climat de méfiance, les intervenants des différents organismes éprouvent, tout de même, le besoin de se concerter sur le terrain en raison des problématiques complexes de la région Centre-Est. Ainsi, selon les auteures, le manque de concertation, relié à l'absence de consensus sur le plan des valeurs et des philosophies, n'empêche pas le développement d'alliances élaborées à partir des intérêts spécifiques de chaque acteur.

### 3.2.1.3 Les agents de communication interprofessionnelle

White, Mercier et Roy (1993) ont identifié pour l'ensemble des sous-régions étudiées, les types d'intervenants en santé mentale avec qui l'on communique assez régulièrement. Dans l'ensemble de ces régions, les intervenants en santé mentale avaient tendance à communiquer davantage entre eux qu'avec les membres du milieu naturel où circulent les patients. Dans le Centre-Est, comme dans d'autres sous-régions, les contacts entre les praticiens étaient insuffisants. Ce manque de mutualité influençait la qualité des rapports et semblait être à l'origine de nombreuses tensions. En général, les motifs de consultation entre praticiens en santé mentale étaient l'échange d'informations sur les patients et les références vers un intervenant ou une ressource. L'accompagnement et le suivi conjoint étaient plus rarement sources de consultation. Toutefois, dans certaines équipes traitantes du centre hospitalier, où s'est tenue cette étude, il s'établit assez fréquemment des communications avec les omnipraticiens du secteur, en raison de l'obligation d'une référence médicale pour obtenir des services en psychiatrie.

### 3.2.1.4 L'accès aux services en santé mentale

L'étude de White, Mercier et Roy (1993) a examiné les modalités d'accès aux services pour la clientèle présentant des problèmes de santé mentale. Dans l'ensemble des sous-régions étudiées, l'accès aux services en santé mentale était fonction généralement de critères d'admission. L'application de ces conditions était différente selon que l'on tentait d'accéder aux établissements du réseau public, aux structures intermédiaires et aux ressources communautaires et alternatives.

Dans la sous-région Centre-Est, la nature du problème, la sectorisation et l'âge sont les principaux critères d'admission aux services de santé mentale offerts dans les établissements du réseau public. Pour bénéficier de la majorité des services, la personne doit présenter un problème psychiatrique suffisamment important pour nécessiter un suivi. Le problème de toxicomanie, s'il prime sur le problème de santé mentale, peut être un critère d'exclusion. L'obligation d'être référé est une autre condition d'admission dans les CLSC et dans certaines cliniques externes des hôpitaux généraux.

Certains organismes communautaires et alternatifs du Centre-Est, dont les activités sont plutôt informelles, n'ont pas de procédures d'admission. De leur côté, les organismes offrant des activités spécialisées présentent certaines conditions d'accès dont: la nature du problème, l'âge, la motivation, la capacité de faire sa demande et de participer à des activités de groupe. De la même façon, l'accès aux



structures intermédiaires—dont font partie les ressources d'hébergement—comporte des conditions induisant des délais, notamment, l'obligation d'être référé par un intervenant professionnel du milieu hospitalier avec lequel la ressource intermédiaire est liée par contrat.

De façon générale, les problèmes associés aux troubles mentaux, comme la toxicomanie, les comportements violents ou la déficience, constituent des limites importantes à l'accès aux services en santé mentale, quelque soit le type de d'organismes ou d'établissement. En ce qui concerne la toxicomanie, plusieurs milieux d'intervention acceptent d'entreprendre un suivi psychiatrique à la condition qu'une démarche parallèle en désintoxication soit entreprise et maintenue par la personne en difficulté.

D'autres critères d'exclusion non formels interviennent dans l'accessibilité aux services en santé mentale dont: le suivi par un intervenant d'un autre milieu d'intervention, des problèmes spécifiques pour lesquels des services sont déjà offerts ailleurs et un statut socio-économique élevé qui permet le recours aux bureaux privés. Dans les régions plus démunies tel le Centre-Est, l'insuffisance des ressources dans la sous-région et l'éloignement géographique sont des facteurs qui influencent l'accès aux services et qui peuvent même devenir des contraintes.

### **3.2.2 Centre hospitalier: structure et fonctionnement**

La suite de ce chapitre portant sur le contexte spécifique décrit les composantes et le fonctionnement propres au centre hospitalier, où s'est tenue cette étude, ainsi que les rôles des soignants qui sont intervenus auprès des patientes dont les histoires seront présentées dans les prochains chapitres.

#### 3.2.2.1 Responsabilités et ligne hiérarchique

Les liens hiérarchiques dans la structure administrative d'un établissement hospitalier et dans l'organisation médico-administrative sont fixés par la Loi sur les services de santé et les services sociaux (Loi 120). Un centre hospitalier compte dans sa structure organisationnelle les éléments suivants: un conseil d'administration, un directeur général, un plan d'organisation, un personnel cadre (DSP, DSH, DSI, ...) un conseil de médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP). Depuis 1991, un conseil des infirmières et des infirmiers (CII) et un conseil multidisciplinaire (CM), regroupant les autres professionnels et techniciens oeuvrant dans l'établissement, se sont ajoutés à la structure administrative. De façon générale, ces entités ont pour fonctions de développer des services de qualité tout en respectant la mission et les ressources de l'établissement.

Le plan d'organisation d'un établissement prévoit la mise en place de départements, de services et de programmes cliniques afin d'assurer les soins et services. Un département se définit selon la spécialité

et le type d'activités que l'on y retrouve. Aussi, l'ensemble des services de psychiatrie sont offerts dans le cadre d'un département clinique. Le chef d'un département clinique est obligatoirement un médecin et il relève administrativement du Directeur des services professionnels et fait partie du CMDP.

### 3.2.2.2 Département de psychiatrie

Les principales fonctions du chef du département de psychiatrie, où s'est tenue cette étude, touchent la gestion du personnel médical et clérical. Les autres professionnels, non médecins, qui pratiquent au sein de ce département, relèvent d'un chef de service, généralement issu de la même profession. Au début de l'étude, le service social se distinguait des autres services par sa structure administrative. En effet, ce service relevait administrativement d'une instance extérieure à l'hôpital, le CSS. Depuis l'adoption de la Loi 120, en 1991, le service social relève d'une des directions de l'hôpital au même titre que les autres services professionnels.

#### 3.2.2.2.1 Les services et les unités de soins

Le département de psychiatrie privilégie, au moment de cette étude, une approche multidisciplinaire et bio-psycho-sociale orientée sur la continuité des soins. Il se divise en trois services<sup>33</sup>: 1) le secteur de psychiatrie générale<sup>34</sup> qui s'occupe de la clientèle adulte, âgée de dix-huit ans et plus; 2) le secteur de psychiatrie de l'enfance et de l'adolescence qui prend en charge la clientèle âgée de moins de dix-huit ans; 3) le secteur de consultation-liaison qui regroupe des psychiatres qui offrent des services de consultation auprès des autres départements de l'hôpital. Chacun de ces services est dirigé par un psychiatre qui relève du chef du département de psychiatrie. Les services de psychiatrie générale et de psychiatrie de l'enfance et de l'adolescence suivent la politique de sectorisation décrite précédemment<sup>35</sup>, ils couvrent donc chacun une portion géographique spécifique de la ville de Montréal, mais ces territoires diffèrent pour les adultes et pour les jeunes.

Le département de psychiatrie comprend aussi plusieurs unités de soins: L'unité de l'urgence et du court séjour, l'unité de soins du service interne, l'unité des soins intensifs et la clinique externe. Les trois premières unités de soins s'adressent à la clientèle hospitalisée.

L'unité de l'urgence et du court séjour constitue une des "portes d'entrée" de la psychiatrie générale,

---

<sup>33</sup> Les informations suivantes sont tirées d'un document interne non publié portant sur les règlements du département de psychiatrie de l'hôpital où s'est tenue la présente étude. Il est à noter que la description présentée reflète le fonctionnement tel qu'il était au moment de l'étude.

<sup>34</sup> Pour les besoins de cette étude, nous nous intéresserons davantage au service de psychiatrie générale, puisque c'est dans ce secteur que les patientes de cette recherche ont été traitées. Pour fin d'analyse, les unités de soins constituent des éléments du contexte d'intervention, une des variables de cette étude.

<sup>35</sup> Se référer à la section du présent chapitre intitulée *Sectorisation*.

ouverte vingt-quatre heures par jour, pour les patients en crise ou en décompensation. Ils peuvent s'y présenter sur une base volontaire ou y être amenés, de gré ou de force, par leur entourage, des ambulanciers ou des policiers. L'admission d'un patient contre son gré nécessite une ordonnance de cour<sup>36</sup>. Trois types d'intervention sont pratiquées à l'urgence psychiatrique soit: 1) l'évaluation avec amorce de traitement et recommandation de poursuite en clinique externe. Le traitement amorcé est généralement centré sur la crise et la stabilisation de l'état du patient; 2) l'observation de l'évolution du patient dans le cadre d'un court séjour à l'unité même, suivi d'un congé avec poursuite—ou non—du traitement en clinique externe ou avec référence à une ressource extérieure; 3) l'évaluation et amorce de traitement suivies d'une hospitalisation au service interne. Il est fréquent qu'une partie de l'évaluation pratiquée à l'urgence psychiatrique porte sur le réseau familial et social du patient, notamment, lorsque le patient n'est pas apte à donner les informations pertinentes, lorsqu'une décision doit être prise à propos d'un retour au domicile ou, encore, lorsque l'on ressent des inquiétudes à l'égard du patient ou des gens de l'entourage. Par ailleurs, les réseaux familial et social ne sont pas évalués de façon systématique pour toutes les personnes admises.

L'unité de l'urgence et de court séjour comprend une équipe de base composée d'infirmières, de préposés et d'une travailleuse sociale. Les effectifs médicaux—psychiatres, externes, internes, résidents—fonctionnent selon un système de rotation fondé sur le système de garde des psychiatres pour assurer les services de soirée, de nuit et de fin de semaine. En conséquence, il est fréquent qu'une intervention initiée par un soignant soit poursuivie par un autre, le lendemain. Si le patient est déjà suivi par un psychiatre de l'établissement, ce dernier, s'il est absent, sera consulté et informé de l'évolution de son patient. Par ailleurs, c'est le psychiatre traitant qui assume le suivi du patient, les jours de semaine.

L'unité de soins du service interne est le lieu d'hospitalisation des patients. Cette unité appelée également, dans le langage usuel, département ouvert, offre une gamme étendue d'interventions thérapeutiques. On y préconise une approche de thérapie de milieu, c'est-à-dire, un encadrement qui amène les patients à se prendre en charge de façon graduelle. La thérapie de milieu est basée sur les plans de soins déterminés en réunion d'équipe, pour chacun des patients. Les soignants respectent le plan de soins dans le cadre de leurs interventions.

L'unité de soins intensifs psychiatriques se distingue de la précédente par le degré d'encadrement qui y est offert. Les soins intensifs sont réservés, généralement, à une clientèle en crise ou en phase aigüe de leur maladie se caractérisant par une grande désorganisation. L'espace y est plus restreint et clos. Les patients ont tous des chambres individuelles et ont accès à une salle d'activités commune. Le ratio personnel/patients est plus élevé. Cette clientèle bénéficie donc d'un encadrement plus serré, d'une surveillance plus étroite et d'une attention plus grande que lorsqu'elle est hospitalisée en département

---

<sup>36</sup> Pour plus de détails, se référer à la section du présent chapitre intitulé *Procédures relatives à l'encadrement de la clientèle*.

ouvert. Lorsqu'il y a amélioration de leur état, ces patients sont généralement transférés en département ouvert. La transition des soins intensifs au département ouvert comporte un changement de contexte d'interventions, du personnel soignant–infirmières et préposés– ainsi qu'une diminution de l'encadrement. Par ailleurs, il est fréquent qu'une personne soit hospitalisée directement à l'unité du service interne après avoir été admise à l'urgence psychiatrique. Deux conditions doivent être présentes pour ce faire: tout d'abord, la condition psychiatrique du patient ne doit pas présenter un degré trop élevé de risque pour lui-même et pour les autres, ce qui implique qu'il doit posséder un contrôle suffisant sur lui-même; l'autre condition est la disponibilité de lit.

La clinique externe constitue une autre porte d'entrée pour des services en psychiatrie générale, disponibles les jours de semaine seulement. Les patients y sont suivis lorsqu'ils ne sont pas hospitalisés. Les personnes qui consultent font le plus souvent leur propre demande, à l'exception de ceux qui ont été admis par l'urgence. Un processus d'évaluation et de traitement est mis en oeuvre dès l'admission du patient en clinique externe. Il est possible que, suite à l'évaluation, le patient soit référé à un autre organisme ou établissement. Pour la clientèle qui poursuit un traitement, une gamme de services sont offerts. On y retrouve généralement le suivi psychiatrique–évaluation/diagnostic, suivi psychiatrique et médicamenteux–, divers autres types de thérapies, des services de réadaptation et des services sociaux.

### 3.2.2.2 Procédures relatives à l'encadrement de la clientèle

#### Admission

Lorsqu'un patient est admis en psychiatrie, il est pris en charge par un psychiatre qui procède tout d'abord à un examen clinique psychiatrique en vue d'évaluer le risque de dangerosité pour le patient, lui-même, ou pour les autres. Au sens de la *Loi sur la protection du malade mental*<sup>37</sup>, l'examen clinique psychiatrique se définit comme "un examen tenu en vue de déterminer si l'état de santé mentale d'une personne requiert qu'elle soit mise en cure fermée, en vue de déterminer le degré de dangerosité du patient"<sup>38</sup>. Puis, un plan de traitement est établi selon les résultats de l'évaluation. Plusieurs modalités de traitement sont alors possibles et le psychiatre traitant assumera la charge du patient tout au long de son suivi en psychiatrie dans l'établissement. Le patient pourra être référé par la suite à d'autres professionnels de la même institution ou à l'extérieur.

---

<sup>37</sup> La *Loi sur la protection du malade mental* fut adoptée en 1977 et en vigueur jusqu'en 1998 où elle fut remplacée par la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*. Les informations contenues dans la présente section se réfère à l'ancienne version de la Loi, puisqu'elle était encore en vigueur au moment de l'étude.

<sup>38</sup> *Loi sur la protection du malade mental, art. 1 f.*

### Cure fermée

En vertu de la *Loi sur la protection du malade mental*, lorsque l'état du patient comporte un degré suffisant de dangerosité, le psychiatre verra à le placer sous cure fermée. La cure fermée consiste en l'hospitalisation imposée d'une personne suite à un examen psychiatrique qui conclue à la nécessité d'une telle mesure<sup>39</sup>. Pour admettre une personne en cure fermée, le psychiatre doit procéder à un examen, "autant que possible dans les vingt-quatre heures qui suivent la demande"<sup>40</sup>. Le rapport du psychiatre, qui fait l'examen, doit être confirmé par un second psychiatre<sup>41</sup>. Puis, un nouvel examen psychiatrique devra être refait, vingt-un jours après l'admission de la personne, selon les mêmes procédures que lors du premier examen. Si l'hospitalisation se poursuit, l'examen sera repris trois mois plus tard et, ensuite, tous les six mois<sup>42</sup>.

### Ordonnance de cour

L'ordonnance de cour est une procédure qui précède l'admission et la cure fermée. Il s'agit d'une démarche légale, entreprise par une personne de l'entourage de la personne qui souffre d'un trouble mental ou par un intervenant, dans le but de faire examiner cette personne par un psychiatre. Une telle démarche est entreprise dans le cas où la personne refuse de se soumettre à un examen alors que sa condition comporte un risque pour sa santé, sa sécurité ou celle des autres. L'autorisation d'un juge est nécessaire pour obliger cette personne à se faire examiner. L'ordonnance de cour ne sert qu'à faire faire l'examen clinique. Il revient par la suite au psychiatre de décider de la nécessité d'une hospitalisation (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 1995).

### Consentement aux soins

Il est possible, suite à une évaluation médicale, qu'une personne soit jugée inapte à consentir aux soins. Parmi les critères de capacité au consentement retrouvés dans la littérature, le déni de la maladie chez un patient psychotique qui fait en sorte qu'il est généralement "incapable de pouvoir donner un consentement ou de refuser un traitement, encore moins de donner un consentement éclairé" peut être considéré comme un critère majeur d'incapacité à consentir (Morrison, 1986, p.11). Dans une telle situation, il est possible pour le médecin traitant de recourir à des procédures judiciaires pour obliger ce patient à recevoir le traitement nécessaire. Toutefois, le médecin se trouve alors dans une position de "gardien de l'ordre établi en détenant un patient potentiellement dangereux sans pouvoir agir comme agent thérapeutique" (Morrison, 1986, p.13). Ce même auteur expose cette situation plus complexe où le patient est un délirant "quiescant" sans dangerosité mais, en général, incapable de consentir ou de

---

<sup>39</sup> *Loi sur la protection du malade mental*, art.1 f.

<sup>40</sup> *Loi sur la protection du malade mental*, L.R.Q. 1977, c.P-41, art. 7.

<sup>41</sup> *Loi sur la protection du malade mental*, L.R.Q. 1977, c. P-41,

<sup>42</sup> *Loi sur la protection du malade mental*, L.R.Q. 1977, c. P-41, art. 23.

refuser le traitement proposé en raison du fait qu'il nie sa maladie. Dans cette situation, il propose une attitude clinique excluant, dans un premier temps, la judiciarisation. Il convient, tout d'abord, d'expliquer en quoi le traitement proposé est indiqué, puis, de tenter de persuader le patient tout en maintenant un contexte de travail psychodynamique et, si aucune alternative n'est possible, il est alors recommandé de faire appel "in extremis" au système judiciaire.

### 3.2.2.2.3 Les agents d'intervention

#### 3.2.2.2.3.1 Les services professionnels intra-hospitaliers

Cette section présente une brève description des divers services offerts au département de psychiatrie—les services psychiatriques, les soins infirmiers, les services sociaux et les services d'ergothérapie—ainsi que les rôles professionnels courants tenus par chacun des soignants qui ont eu à intervenir auprès des patientes de cette étude. Il convient de préciser qu'au moment de cette étude, il n'y avait pas de psychologue affecté au département de psychiatrie adulte.

#### Services psychiatriques

Les services psychiatriques sont assurés par les médecins psychiatres. En tant que médecins, ils sont assujettis à divers règlements et lois en ce qui regarde l'exercice de leur profession en établissement. Parmi ceux-ci notons: la *Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives* (Loi 120), la *Loi sur l'assurance-maladie*, la *Loi médicale*, le Code de déontologie ainsi que des "Ententes" relatives à l'assurance-maladie et l'assurance-hospitalisation (Corporation Professionnelle des Médecins du Québec, 1992: p. 57). Dans leurs rapports avec l'établissement, les médecins ne sont pas considérés comme employés, cadres ou fonctionnaires. Il ne sont jamais soumis au Code du travail et à la Loi sur les normes du travail. Ils sont considérés comme des professionnels autonomes et bénéficient des libertés professionnelles suivantes: "la liberté thérapeutique, le libre choix du lieu d'exercice, le caractère personnel et de droit privé entre le patient et le médecin ainsi que la sauvegarde du secret professionnel" (Corporation Professionnelle des Médecins du Québec, 1992: p. 35). Lorsqu'ils pratiquent en établissement, les médecins doivent toutefois prendre en compte la structure de l'établissement dont ils relèvent administrativement. Ils en obtiennent des privilèges mais ils sont aussi tenus à certaines obligations dont, le respect des règlements établis par les diverses instances administratives.

Dans le cadre de leurs responsabilités civiles, les médecins sont tenus à quatre grandes responsabilités: i) l'obligation de renseigner le patient et d'obtenir un consentement libre et éclairé lors des situations non urgentes; ii) l'obligation de donner des soins attentifs, prudents et diligents dans l'usage de moyens appropriés; iii) l'obligation de suivre son patient selon une disponibilité raisonnable en tout temps et en prenant en compte l'état du patient; iv) l'obligation de confidentialité selon la *Charte des droits et*

*libertés de la personne du Québec* et la *Loi médicale* En vertu de l'obligation de disponibilité en cas d'absence, le remplacement doit être assuré. Dans l'impossibilité d'un remplacement, les médecins doivent donner des préavis raisonnables. Le patient ne doit jamais être abandonné en état de crise. Le médecin traitant demeure responsable de son patient, lors de consultations auprès de collègues.

Plusieurs autres obligations découlent d'autres lois et règlements dont certaines se rapportent plus directement à cette recherche: La *Loi sur la protection de la jeunesse* et la *Loi sur la protection du malade mental*. Rappelons que la *Loi sur la protection de la jeunesse* oblige toute personne, y compris tout professionnel, au signalement à la Direction de la protection de la jeunesse lorsque la "sécurité ou le développement de l'enfant sont compromis"<sup>43</sup>. La *Loi sur la protection du malade mental*<sup>44</sup>, quant à elle, vise à protéger le malade contre tout danger, envers lui-même ou les autres. Cette loi détermine les conditions de l'imposition d'un examen psychiatrique et de la cure fermée.

La responsabilité médico-légale, liée à leur statut de médecins—tel que précisé par la *Loi sur les services de santé et des services sociaux*—fait en sorte que les psychiatres sont les principaux responsables de leurs patients dans l'établissement. Ce statut de responsable les place, le plus souvent, dans le rôle de coordonnateur de l'ensemble du traitement du patient.

### Services infirmiers

Les infirmières en psychiatrie sont sous l'autorité immédiate de l'infirmière-chef de la psychiatrie. Elles travaillent sur les diverses unités de soins et sont membres des équipes traitantes lorsqu'elles travaillent en clinique externe ou au service interne. Comme les autres professionnels, elles assument des fonctions à titre d'agent thérapeutique. Elles contribuent à identifier les besoins de santé des personnes, collaborent à l'administration des procédés thérapeutiques, préventifs et diagnostic et peuvent agir à titre d'agent de liaison avec d'autres instances ou ressources. La dispensation des soins infirmiers constitue un acte exclusif qui ne peut donc être rempli par un autre professionnel. Certains de leurs actes sont aussi des actes médicaux délégués. En psychiatrie, ces actes se rapportent à l'administration de traitements médicamenteux prescrits par les psychiatres et à l'observation et la communication des signes et des symptômes relatifs à la pathologie des patients. En clinique externe, les infirmières assument les tâches de pré-évaluation lorsqu'une personne fait une demande en psychiatrie. Il est aussi fréquent qu'elles assument des tâches d'enseignement auprès de la clientèle, notamment, en ce qui

---

<sup>43</sup> La *Loi sur la protection de la jeunesse* a précisé des conditions, qui compromettent la sécurité de l'enfant et son développement, dont les suivantes: "a) si ses parents ne vivent plus, ne s'en occupent plus ou cherchent à s'en défaire; b) si son développement mental ou affectif est menacé par l'absence de soins appropriés ou par l'isolement dans lequel il est maintenu, ou par un rejet affectif grave et continu de la part de ses parents; c) si sa santé physique est menacée par l'absence de soins appropriés; ... e) s'il est gardé par une personne dont le comportement ou le mode de vie risque de créer pour lui un danger moral ou physique; g) s'il est victime d'abus sexuels ou est soumis à des mauvais traitements physiques par la suite d'excès ou de négligence.." (L.R.Q., art. 38).

<sup>44</sup> Loi nouvellement modifiée, voir la note infra-paginale no 15.

regarde la prise et les effets des médicaments ainsi que les précautions à prendre à leur égard<sup>45</sup>.

### Services sociaux

Au moment de l'étude, les travailleurs sociaux relevaient administrativement des CSS et étaient régis par un chef de service issu de la même profession<sup>46</sup>. Deux équipes distinctes de travailleurs sociaux, qui avaient chacune leur chef, se partageaient les tâches dans l'établissement soit: le service social psychiatrique et le service social médical. Le service social médical assure les services pour toutes les clientèles autres que psychiatrique et couvre, entre autres, les départements de gynéco-obstétrique, de pédiatrie et de péri-natalité. Le service social psychiatrique ne s'occupe que de la clientèle psychiatrique. On compte, approximativement, un poste de travailleuse sociale par équipe multidisciplinaire, une travailleuse sociale à l'unité de l'urgence et du court séjour, une travailleuse sociale qui travaille de près avec les ressources intermédiaires et communautaires et deux travailleuses sociales au service de psychiatrie de l'enfance et de l'adolescence.

L'objectif général d'intervention en service social hospitalier consiste tout d'abord, à évaluer l'impact de l'état de santé de la personne atteinte et l'impact de l'organisation du système de soins sur la dynamique relationnelle de la personne à l'intérieur des différents réseaux dont elle est membre. Si cette dynamique est dysfonctionnelle, le travailleur social doit travailler à la modifier pour faciliter l'ajustement et l'adaptation réciproque de la personne et des membres significatifs de ses réseaux. La littérature insiste, en outre, sur l'importance du rôle des services sociaux dans la diminution au recours aux services institutionnels par les personnes et sur le soutien à fournir lors de l'étape de la sortie, en favorisant la réintégration dans la communauté (Lindsay et Perrault, 1987).

Au département de psychiatrie, le service social psychiatrique s'était fixé, au moment de l'étude, des priorités en matière d'intervention auprès de familles qui ont de jeunes enfants. Parmi les autres interventions privilégiées, les travailleuses sociales pratiquent la plupart des interventions familiales—évaluation, thérapie, suivi—et le placement de toute personne atteinte de troubles mentaux qui ne peut retourner dans son milieu de vie.

### Service d'ergothérapie

Lors de l'étude, le service d'ergothérapie relevait de la Direction des Services Professionnels et était régi

---

<sup>45</sup> Informations tirées du document Description des fonctions et tâches des infirmières de la clinique externe de psychiatrie., 1992. Document inédit, Direction des soins infirmiers de l'hôpital où s'est tenue la présente étude.

<sup>46</sup> Comme il a été mentionné en contexte général, les services sociaux ont subi de nombreuses transformations parallèlement à l'évolution de services de santé et des services sociaux dont, leur rattachement administratif qui est passé, en 1991, des CSS aux établissements du réseau public. Cette étude s'est déroulée au cours de cette période charnière de changement administratif. Par ailleurs, la plus grande partie de l'étude s'est tenue dans la période où les services sociaux hospitaliers étaient encore rattachés aux CSS. En conséquence, le contexte propre au service social est présenté dans cette perspective.



par un chef de service, ergothérapeute. Ce service se subdivise en secteurs qui couvrent, outre la psychiatrie adulte et infantile, plusieurs autres départements et services dans l'hôpital.

L'ergothérapie a comme objectif principal d'améliorer l'indépendance fonctionnelle d'une personne atteinte d'un déficit, d'une déficience ou d'un handicap au moyen de diverses activités utilisées à des fins thérapeutiques. L'ergothérapie s'adresse à plusieurs clientèles atteintes de problématiques multiples qui ont un impact sur leur autonomie fonctionnelle dont les personnes atteintes de troubles de santé mentale. L'activité est un élément essentiel de l'intervention en ergothérapie. Dans le domaine de la santé mentale, l'ergothérapeute utilise l'activité à diverses fins thérapeutiques (relation thérapeutique, communication, expérimentation et apprentissage, adaptation et réintégration sociale).

Au département de psychiatrie, le programme d'ergothérapie comprend des interventions individuelles et de groupe pour des fins d'évaluation et de traitement. Ces programmes d'ergothérapie sont élaborés par l'ensemble des ergothérapeutes en psychiatrie. L'intervention ergothérapeutique s'adressant à la clientèle hospitalisée s'oriente, généralement, vers l'évaluation globale du fonctionnement et vers l'intégration des patients au programme d'ergothérapie. Au service interne, le programme comprend: des groupes sous forme d'ateliers qui permettent l'exécution d'activités artisanales, de thérapies de groupes orientées vers l'expression utilisant des media projectifs, de thérapies de groupe en piscine et des entrevues individuelles. Dans le cadre de ce programme, un patient peut être vu par l'ergothérapeute de deux à quatre fois par semaine. L'intégration d'un patient à ce programme permet une évaluation continue de son fonctionnement et l'amorce d'une démarche thérapeutique qui pourra, au besoin, se poursuivre en clinique externe. À la clinique externe, les interventions en ergothérapie sont offertes dans le cadre de thérapies individuelles et de groupes. Ces interventions se différencient de celles du service interne, par le fait qu'elles se poursuivent sur une plus longue période et qu'elles sont davantage orientées vers la réadaptation et la réinsertion sociale de la personne.

#### 3.2.2.2.3.2 Équipe multidisciplinaire

Le fonctionnement par équipes multidisciplinaires de secteur a été mis en place dans la région de Montréal, au cours des années 70, parallèlement au processus de désinstitutionnalisation, pour assurer une répartition équitable des services psychiatriques pour la population et pour répondre à des principes de stabilité et de continuité de soins.

#### Composition

Au service de psychiatrie générale, les différents intervenants sont regroupés de façon à former une équipe multidisciplinaire. Au moment de l'étude, on y comptait quatre équipes qui, en vertu des règles de la sectorisation, couvraient chacune un secteur géographique spécifique de la ville de Montréal. Ainsi, le lieu d'habitation d'une personne était le critère le plus important pour déterminer l'équipe

d'intervenants qui la devait la suivre par la suite<sup>47</sup>. Au service de psychiatrie générale, le fonctionnement des équipes s'appuie sur une philosophie de continuité de soins, c'est-à-dire, que les mêmes soignants s'occupent des patients, qu'ils soient hospitalisés ou traités en clinique externe.

Une équipe multidisciplinaire se compose généralement de deux à trois psychiatres, dont un assume le rôle de chef d'équipe, d'une travailleuse sociale et d'une ergothérapeute qui fournissent des services aux patients, qu'ils soient au service interne ou en clinique externe. Les infirmières sont aussi membres des équipes mais elles sont aussi attachées à des unités spécifiques de travail au service interne ou à la clinique externe. Pour assurer une continuité, l'infirmière attachée à la clinique externe, participe à la réunion d'équipe du service interne.

Comme nous l'avons mentionné précédemment, l'unité de l'urgence et de court séjour ainsi que l'unité des soins intensifs psychiatriques fonctionnent différemment de l'unité du service interne. A l'urgence psychiatrique, les infirmières et les travailleuses sociales qui y travaillent ne sont pas attachées aux équipes de secteur. En outre, il n'y pas d'ergothérapeute qui travaille de façon spécifique à l'urgence psychiatrique. Toutefois, les ergothérapeutes peuvent y intervenir si elles ont à leur charge des patients admis à l'urgence. Les infirmières et les préposés qui travaillent à l'unité de soins intensifs ne sont pas membres des équipes multidisciplinaires. Ils sont généralement affectés à cette unité ce qui implique une certaine stabilité. Ils participent aux réunions des équipes où leurs patients sont assignés.

### Fonctionnement

Au centre hospitalier de cette étude, une équipe multidisciplinaire de soignants prend un patient en charge dans toutes les étapes du processus d'évaluation et de traitement et ce, indépendamment du contexte d'intervention et de la porte d'entrée utilisée. Le traitement se termine lorsque le patient obtient son congé de la psychiatrie en raison d'une amélioration suffisante ou s'il décide de cesser son traitement. Si le patient ne s'est pas présenté à ses rendez-vous pendant au moins six mois, son dossier est fermé; il devra alors refaire la démarche officielle de demande pour être réadmis. Il convient de préciser que, dans le milieu où s'est tenue cette étude, les règles inhérentes à la sectorisation ne sont pas toujours appliquées de façon stricte.

Les quatre équipes du service de psychiatrie générale ont leur fonctionnement propre. Toutefois, le processus d'intervention est identique pour toutes les équipes, soit la pré-évaluation, habituellement assumée par l'infirmière de l'équipe en clinique externe, l'évaluation psychiatrique, complétée, au besoin, par l'évaluation sociale et/ou ergothérapique et le traitement. Chaque équipe se réunit de façon formelle, une ou deux fois par semaine, pour discuter des plans d'interventions des patients dont elle

---

<sup>47</sup> Ce mode de répartition de la clientèle entre les équipes multidisciplinaires est modifié depuis janvier 1997, en raison de la fermeture récente d'hôpitaux. La répartition se déroule désormais sur un mode d'alternance entre les équipes au prorata du nombre de psychiatre dans chacune d'elles.

a la charge. Ces réunions regroupent tous les intervenants impliqués. En outre, les membres des équipes se rencontrent fréquemment dans le cadre de réunions informelles (bureau, poste des infirmières, secrétariat) de façon à pouvoir s'adapter aux changements rapides et imprévus de l'évolution des patients.

On observe dans le fonctionnement de ces équipes une répartition spécifique des rôles de chacun des intervenants et une ligne hiérarchique plus ou moins formelle. Tout d'abord, comme nous l'avons mentionné, l'équipe est coordonnée par un psychiatre. Les psychiatres procèdent à l'évaluation psychiatrique de la clientèle, décident en collaboration avec les autres soignants de l'orientation des traitements et réfèrent au besoin. En dépit de ce lien hiérarchique et du fait que les psychiatres sont souvent les principaux décideurs—car tous les patients ne sont pas suivis en ergothérapie ou en service social—, il est possible, pour chacun des soignants dans cette équipe, de participer aux discussions.

Bien que le chef en titre de l'équipe traitante soit le psychiatre, tous les autres cliniciens non médecins ont d'autres supérieurs hiérarchiques, de qui ils relèvent aux plans administratif (matériel, budget, horaire, ...) et professionnel (objectifs, programmes d'intervention, compétence professionnelle, ...). Cette répartition hiérarchique permet aux professionnels non médecins de disposer d'une certaine autonomie dans leurs interventions, conférée par les dispositions de leur ordre professionnel et par l'organisation administrative dont les services professionnels relèvent. Cette autonomie se traduit, entre autres, dans les orientations des interventions déterminées, généralement, à partir de décisions prises en équipe multidisciplinaire, des objectifs personnels de la clientèle et du jugement du professionnel. D'autres facteurs interviennent dans les orientations des services professionnels dont les conditions reliées à la structure organisationnelle qui régit ces services et les orientations préconisées par les ordres professionnels.

#### 3.2.2.2.3.3 Relations interprofessionnelles

##### À l'intérieur du centre hospitalier et des équipes

Les différents soignants, bien qu'ils relèvent de structures administratives comparables, sont régis par différentes normes et tiennent différents rôles. La principale fonction d'une équipe multidisciplinaire est de mettre à profit la diversité de ces rôles et d'en favoriser la complémentarité avec l'objectif ultime de traiter efficacement les patients. Il est aussi nécessaire, parfois, d'avoir recours à d'autres professionnels qui exercent en dehors du département de psychiatrie.

##### Demandes de services et modes de communication

À l'intérieur de l'équipe traitante, les demandes de services se produisent dans le cadre des réunions d'équipe formelles ou informelles ou par des mécanismes plus formels de référence si le soignant

consulté n'est pas membre de l'équipe. Par ailleurs, toutes les ententes et discussions ne se tiennent pas toujours dans le cadre de réunions formelles, en raison de la durée brève des hospitalisations et de la nécessité d'agir rapidement.

Lorsque les demandes de services ou de consultations sont orientées à l'extérieur du département, généralement à d'autres médecins spécialistes, les psychiatres ont recours à des mécanismes de référence plus formels, qui ne comportent pas toujours des échanges directs entre le référant et le consultant. Que ce soit entre les membres d'une équipe ou entre soignants de départements différents, les demandes de services sont généralement fonction des rôles spécifiques de chacun des soignants, lesquels sont établis selon des critères assez stricts de spécialisation.

En dehors des rencontres formelles et informelles, le principal moyen de communication entre soignants demeure le dossier médical du patient. Ce mode de communication n'est toutefois pas utilisé de façon uniforme d'un soignant à l'autre, notamment, au plan des informations contenues dans les notes. Plusieurs facteurs expliquent ces différences, dont les normes différentes d'un ordre professionnel à l'autre, les règlements que se sont donnés les différents services professionnels, les craintes de plus en plus élevées de poursuites judiciaires, ainsi que les croyances personnelles de chacun des soignants. À titre d'exemple, la norme de plusieurs soignants est d'écrire le moins de détails possibles au dossier du patient, par souci de confidentialité, alors que d'autres sont tenus de décrire tout le processus d'intervention et d'en expliquer les motifs. Certains tiennent des dossiers parallèles au dossier général du patient, lesquels ne sont pas disponibles pour consultation.

#### 3.2.2.2.3.4 Agents d'interventions provenant d'autres institutions

Au cours de cette étude, quelques intervenants provenant d'autres établissements ont eu à intervenir auprès des cas étudiés. Cette section présente une description sommaire de leurs rôles plus spécifiques, en rapport avec leur implication dans cette étude. Une description plus complète de leurs interventions sera présentée dans les histoires des cas.

#### Travailleuses sociales à la Direction de la Protection de la Jeunesse (DPJ)

Les interventions des travailleuses sociales de la DPJ, qui ont eu à intervenir au cours de cette étude, se sont déroulées au cours de la période antérieure aux changements amenés par la Loi 120, qui ont transformé les DPJ en CPEJ. Au moment de l'étude, les intervenants de la DPJ étaient regroupés en équipes définies en fonction de l'étape de l'intervention à poser (signalement, évaluation en vue d'un placement, suivi post-placement). Ainsi, si l'état des patientes nécessitait un placement de leurs enfants, les patientes et leurs familles avaient à transiger avec plusieurs intervenants de la DPJ selon l'étape de l'intervention. En d'autres termes, l'équipe qui s'occupait de l'évaluation du milieu familial et de l'organisation du placement n'était pas la même que celle qui assurait, après le placement, le suivi des

enfants, de leur famille ainsi que le suivi de la famille d'accueil. En somme, l'intervenant social, qui s'occupait d'évaluer une situation problématique pour une patiente, n'était pas celui qui s'occupait de cette même patiente, une fois l'enfant placé.

### Infirmière en CLSC

Une infirmière, membre d'une équipe Enfance-famille d'un CLSC, eut à intervenir dans un des cas de cette étude. Elle assumait la prise en charge–évaluation, suivi au CLSC ou à domicile–des enfants qui présentaient des problèmes de santé mentale ou physiques ou qui étaient à risque d'en développer et, dans certains cas, elle s'occupait de leurs parents. Il est important de mentionner que cette équipe Enfance-famille ne prenait pas en charge les mères qui présentaient des troubles mentaux. Cette infirmière assumait temporairement le suivi de ces mères et de leurs enfants jusqu'à ce qu'elles puissent être référées à une ressource appropriée.

### Intervenants en ressources communautaires

Les patientes, examinées dans cette étude, qui ont été en contact avec des organismes communautaires, l'ont été pour des fins d'hébergement ou pour recevoir de l'aide pour leur rôle maternel. La plupart des interventions faites dans le cadre communautaire ont été brèves et partielles. Ces interventions seront décrites dans les histoires de cas.

## **3.3 CONCLUSION**

Ce chapitre présente une description assez exhaustive du contexte global et du contexte plus spécifique des soins et services en santé mentale qui ont été offerts aux patientes de cette étude. Aussi, en dehors des paramètres liés aux décisions politico-administratives relevant de paliers supérieurs de la hiérarchie administrative–le supra-système–il existe plusieurs autres considérations administratives relevant de paliers inférieurs dont l'impact est loin d'être négligeable. Les informations contenues dans ce chapitre rendent compte de la grande complexité du système de soins et services en santé mentale. Ce système, même dans son contexte particulier, comporte, en effet, de nombreux éléments, plus ou moins intégrés, qui ont tous une influence potentielle sur les services et sur les agents impliqués (les mères, les membres de leur famille et les intervenants). Il importe, ainsi, de prendre en compte l'ensemble de ces facteurs et leurs interrelations dans l'analyse des phénomènes observés dans cette étude.

## Chapitre 4

Une intervention à la remorque des crises: le cas de Caroline

Ce chapitre présente l'histoire personnelle et familiale de Caroline. Il présente aussi son évolution et celle des membres de sa famille à travers le suivi psychiatrique assumé au centre hospitalier dans lequel cette étude fut réalisée. Ce cas s'est déroulé sur cinq années au cours desquelles Caroline fut admise à l'hôpital à 28 reprises.

L'histoire de Caroline est présentée de façon détaillée afin de mettre en évidence le plus grand nombre de variables et les processus sous-jacents à la détérioration de l'état général de la patiente. Ceci permet d'illustrer les relations entre cette détérioration, ses causes et l'incapacité du système d'intervention à contrôler ces facteurs et à contrer la détérioration de la patiente.

Ce cas permet l'accès à plusieurs facettes du système d'intervention. L'évolution de la pathologie, en dents de scie d'abord, puis en détérioration constante, est analysée en fonction de ses relations avec les membres de sa famille ainsi qu'en fonction des interventions des soignants auprès d'elle.

#### **L'HISTOIRE ANTÉRIEURE DE CAROLINE**

Issue d'une famille à problèmes multiples—mère dépressive et polytoxicomane, père violent et frères alcooliques—Caroline présente des problèmes dès son enfance. Elle relate des histoires d'abus sexuels de la part d'un homme de son entourage et de négligence de la part de ses parents.

Les problèmes émotifs de Caroline ont commencé à se manifester à l'adolescence. Ils se sont traduits par des problèmes de toxicomanie et des tentatives suicidaires. N'ayant terminé que sa scolarité de troisième secondaire, elle a quitté le domicile familial à l'âge de 14 ans. Elle s'est alors établie avec un voisin, un jeune homme à peine plus âgé qu'elle. Pour subvenir à leurs besoins, ils ont travaillé dans des manufactures. C'est avec ce jeune homme, avec qui elle vivra une douzaine d'années, qu'elle eut deux filles.

Dès le début de leur vie commune, des problèmes surgirent au sein du couple. Au début, les problèmes étaient sans conséquence grave pour Caroline. Cependant, après la naissance des enfants, ils se sont aggravés au point où elle fut portée à poser un geste suicidaire sérieux: elle parvint à se tirer une balle d'arme à feu dans l'épaule.

Ce geste suicidaire l'a menée à sa première hospitalisation en psychiatrie dans la région où elle habitait. D'une durée de 10 mois, cette hospitalisation s'est déroulée en grande partie aux soins intensifs. Par la suite, elle fut suivie dans un centre de jour pendant un an, selon une fréquence de trois jours par

semaine. Après ce suivi, elle fut prise en charge par un psychologue qui la vit une fois par semaine pendant environ trois ans. Le diagnostic final posé fut celui de trouble de personnalité limite.

Les filles de Caroline, demeurées avec leur père, présentaient elles aussi des problèmes. Des troubles émotifs ont été diagnostiqués chez l'aînée, alors que chez la cadette, l'on nota des problèmes d'énurésie et d'hyperactivité. Elle ont été mises sous surveillance de la DPJ qui leur offrait des services chacune selon ses difficultés. Caroline et son conjoint, eux, ont bénéficié d'une thérapie de couple. La vie familiale de Caroline ne cessa pas de comporter des difficultés importantes pour autant. Après son séjour au centre de jour, Caroline vécut dans une famille d'accueil jusqu'à ce que son conjoint déménage, avec les deux enfants, dans une autre ville pour des motifs d'emploi.

Le suivi de Caroline par le psychologue s'est terminé suite à ce déménagement. Caroline quitta sa famille d'accueil pour se rapprocher de son conjoint et ses filles. Les informations à son dossier indiquent que Caroline et son psychologue avaient fait une entente pour qu'elle aille vivre chez son père et qu'elle se fasse suivre au service de psychiatrie du centre hospitalier du quartier où celui-ci habitait. Des arrangements pris entre les deux centres hospitaliers visaient à assurer la poursuite des traitements psychiatriques de la patiente. Toutefois, sans que l'on en connaisse les motifs, Caroline a emménagé avec son conjoint et leurs enfants et fut menée à consulter à un centre hospitalier différent de celui prévu. C'est à son arrivée à ce centre hospitalier que débute véritablement l'étude de cas de Caroline tel que présentée ici.

#### **SOMMAIRE DE LA PÉRIODE ÉTUDIÉE**

Le suivi de Caroline à ce centre hospitalier a duré cinq années. En tout la patiente y fut admise à 28 reprises. Treize fois pour une hospitalisation et quinze fois pour un séjour à l'urgence psychiatrique pour observation. En dehors de ses admissions, la patiente fut régulièrement suivie à la clinique externe de psychiatrie.

L'histoire psychiatrique de Caroline se répartit en trois grandes parties. La première qui comporte trois épisodes se déroule sur deux ans et se termine par la séparation de la patiente de son conjoint. Cette période fut caractérisée par de fréquentes admissions ayant permis aux soignants de préciser la problématique de la patiente. La deuxième partie dure environ 18 mois. On y observe une accalmie dans l'évolution de Caroline et donc une diminution importante du nombre d'hospitalisations. Elle s'établit, durant cette période, avec un deuxième conjoint aux prises avec des problèmes importants de toxicomanie. Ses contacts avec ses deux filles et leur père deviennent plus distants. Ses propres problèmes de toxicomanie s'aggravent. Mais Caroline présente beaucoup moins de crises du type qui nécessitent des admissions à l'hôpital. La troisième partie d'une durée d'environ un an comporte trois épisodes. Elle correspond à une aggravation importante des problèmes de la patiente. Cela la conduit,



comme à la première partie de son histoire, à de multiples et longues admissions à l'hôpital. La naissance d'un troisième enfant fut à l'origine de nombreux bouleversements tant au plan de la pathologie de la patiente qu'au plan de l'équilibre du nouveau couple. Incapable d'assumer son nouveau rôle maternel, Caroline doit laisser, sans pour autant l'accepter, la garde de son enfant à sa belle-famille. C'est lorsqu'elle accepte finalement cette séparation de son enfant que prend fin son suivi. La suite de ce chapitre présente les différents épisodes de l'histoire psychiatrique de Caroline, suivis d'une analyse où sont présentées les hypothèses de travail ayant émergé des données présentées.

## **PARTIE I - LA PREMIÈRE FAMILLE**

### **4.0 ÉPISODE 1 - L'IMPASSE**

C'est peu de temps après sa réinsertion dans sa famille nouvellement déménagée que Caroline vient consulter à la clinique externe de psychiatrie. Un psychiatre de l'établissement la rencontre pour une évaluation. Ce psychiatre lui est attribué selon la procédure de la sectorisation de l'établissement. Il ne s'agit donc ni d'un choix personnel de la patiente ni du choix du psychiatre. Ce psychiatre, que nous nommerons le docteur Durant, devient son psychiatre traitant et, donc le thérapeute principal de l'équipe appelée à s'occuper d'elle. Il pose dès la première entrevue le diagnostic de "borderline avec acting out et potentiel psychotique ..." (Dossier médical, psychiatre traitant, CE, 26.09.86). Il retire la médication qui avait été prescrite par le psychiatre précédent et il lui propose des entrevues aux deux semaines.

Suite à la première entrevue, le psychiatre avait demandé un résumé de dossier de la patiente au centre hospitalier où elle avait été suivie antérieurement. Il l'a reçu pour l'entrevue suivante. Ayant pris connaissance du dossier antérieur de la patiente, les notes du psychiatre au dossier médical, généralement très sommaires, indiquent que la patiente vit des "difficultés conjugales chroniques." Aucune mention n'est faite d'une relation, existante ou possible, entre son état pathologique et l'état de sa relation de couple. Le dossier ne mentionne aucun contact avec les membres de la famille de Caroline. Au terme de trois rencontres en clinique externe, le docteur Durant indique des difficultés relationnelles entre eux:

Attitude paralysante en entrevue, silencieuse ... stable instabilité, état fluctuant ++, émotive ++, état pré-psychotique possible, non psychotique, non déprimée ... sentiment d'être déstabilisé par les symptômes de la patiente ... contact dans cadre stable, résister à ses efforts de déstabilisation ... . (Dossier médical, psychiatre traitant, CE, 07.10.86)

À la quatrième entrevue, après deux mois de suivi, Caroline demande son congé. Elle invoque alors son manque de motivation et son insatisfaction à l'égard de l'attitude du docteur Durant: "... elle avait plus

confiance en son ex-thérapeute ... ”(note, dossier médical, psychiatre traitant, CE, 21.10.86). Elle n'avait consulté uniquement que pour “se plier aux demandes de la DPJ” et non pas en raison d'un besoin personnel ressenti. Le psychiatre lui donna congé et inscrit au dossier: “... état actuel satisfaisant, motivation pauvre.. après avoir tenté de surmonter les résistances de madame, je m'incline ... reverrai au besoin, laissons porte ouverte ... ” (Dossier médical, psychiatre traitant, CE, 21.10.86).

L'état de Caroline se détériore progressivement par la suite au point où, six mois plus tard, elle doit être amenée à l'urgence psychiatrique par des policiers assistés d'ambulanciers. Les policiers l'ont retrouvée errante sur un pont avec un couteau en main. Il s'agit de sa première visite à l'urgence psychiatrique depuis qu'elle avait réintégré sa famille. Elle est reçue par un résident qui ne la connaît pas et qui n'a pas son dossier en main. La situation se complique par un geste suicidaire—noté mais non décrit au dossier—posé par la patiente à l'urgence même. Suite à cette visite à l'urgence, l'équipe de l'urgence psychiatrique, composée d'un résident, d'infirmières et de deux travailleuses sociales, se mobilise pour recueillir les informations concernant Caroline. Il s'ensuit des entrevues avec la patiente et un contact, par la travailleuse sociale, avec sa contrepartie de la DPJ, la même travailleuse sociale qui avait demandé à Caroline de se faire suivre en psychiatrie. Cette intervenante transmet à l'équipe de l'urgence les coordonnées du conjoint de Caroline, de ses parents ainsi que du père de Caroline.

Ayant rejoint le conjoint de Caroline, la travailleuse sociale apprend que l'état de la patiente se détériorait. Cela durait depuis six mois, soit depuis son congé de la clinique externe. Durant cette période, elle avait présenté plusieurs problèmes de comportement. Elle avait consommé alcool et drogues et aurait eu des aventures extra-conjugales. De l'avis de Caroline, confirmé plus tard par son conjoint, c'est l'absence de réactions de ce dernier aux problèmes de comportement de sa conjointe qui aurait déclenché l'état de crise ayant mené la patiente à l'urgence. Quelques jours auparavant, Caroline avait demandé à son conjoint de l'accompagner à l'hôpital. Il avait accepté mais, évoquant des raisons reliées au travail, aurait remis cela à plus tard. C'est suite à ce refus que la patiente, après avoir consommé de l'alcool, a, dans un mouvement impulsif, quitté le domicile avec le couteau qu'elle portait pour se retrouver sur le pont où la police l'a interceptée.

Le résident qui a reçu la patiente pose un diagnostic de "trouble dépressif avec risque suicidaire chez une personnalité limite". Il explique une partie des problèmes de Caroline par ses difficultés conjugales. Il note, par ailleurs, que la patiente "a su prendre soin de ses enfants", mais sans faire mention de la nature ou des sources des informations ayant permis cette conclusion (dossier, résident, URG, 24.04.87). Les informations obtenues de la famille que les filles, alors âgées de neuf et huit ans, étaient en sécurité et bénéficiaient d'un réseau élargi (école, gardiennes, voisine et grand-mère, père qui s'en occupe le soir) semblent rassurer les soignants de l'équipe de l'urgence.

Quelques jours après l'admission de Caroline à l'urgence, le docteur Durant reprend la charge du

traitement. Il révisé les informations notées au dossier endossant les recommandations de prolonger l'hospitalisation de la patiente: "... patiente borderline très impulsive avec potentiel psychotique modéré et impulsivité suicidaire ... état tout à fait superposable à ce que j'avais observé à l'automne ... difficile de mettre en évidence des éléments déclencheurs de l'état actuel ... " (Dossier médical, psychiatre traitant, URG., 27.04.87).

Bien qu'il ait été convenu que la travailleuse sociale de la DPJ pourrait contacter le psychiatre traitant au besoin, aucun autre échange, collaboration ou modalité d'interaction n'est précisé. Cette absence de contact peut s'expliquer par une certaine insatisfaction du psychiatre traitant à l'égard de la travailleuse sociale. En effet, suite à une "escalade des acting out et des troubles du comportement" chez Caroline, le docteur Durant écrit cette note à propos des intervenants du premier centre hospitalier à qui, suite à sa toute première entrevue avec Caroline, il avait demandé de lui faire parvenir le dossier antérieur de la patiente ainsi que de ceux de la DPJ qui s'étaient occupés de Caroline:

L'équipe traitante de (nom du centre hospitalier) s'est empressée de transférer le dossier ... au point où le résumé a précédé la demande de la patiente en clinique externe ... cela a été présenté comme une amélioration de la patiente ... la DPJ est impliquée dans le dossier bien qu'il semble encore qu'on a hâte de fermer le dossier et de le transférer dans un autre bureau ... il faut préciser que la patiente les a maintenus sur la corde raide et ils n'ont eu de répit que dans les derniers mois ... (Dossier médical, psychiatre traitant, CE, 28.04.87).

Aucun échange avec la famille n'est noté au dossier si ce n'est que le conjoint rend régulièrement visite à la patiente à l'urgence avec leurs deux filles.

Le docteur Durant évalue constamment l'évolution de la patiente et règle, en conséquence, sa médication. Au début de son séjour à l'urgence, Caroline présentait des troubles sévères du comportement qui obligèrent à la mise en place d'une cure fermée<sup>48</sup>. Ces troubles persistèrent jusqu'au moment où se produisit un rapprochement entre Caroline et son conjoint. Celui-ci ne souhaitait pas qu'elle retourne à la maison quand elle obtiendrait son congé.

C'est lorsqu'il change d'idée et qu'il accepte qu'elle retourne à la maison que l'état de la patiente se stabilise. Elle obtient son congé définitif deux jours plus tard. Il n'est pas clair qu'il y eut une évaluation de la viabilité du retour de Caroline dans son milieu familial. Néanmoins, il est clair que le psychiatre traitant était conscient de l'impact des difficultés conjugales sur l'état de sa patiente. Dans une note inscrite au dossier deux jours avant son congé, il explique le problème de Caroline comme étant en lien étroit avec la condition de la relation de couple et, plus spécifiquement, avec le manque d'attention que lui accordait son conjoint:

---

<sup>48</sup> Se référer au Contexte particulier à la section: *Procédures relatives à l'encadrement de la clientèle.*

... Absence de psychose ou dépression clinique ... ensemble du tableau.. trouble sévère de personnalité qui s'actualise dans relation de couple pathologique ... impulsivité chronique ... lorsqu'elle est allée sur le pont, elle espérait que son mari court après elle ... elle lui en veut [conjoint] de ne pas avoir bougé ... semble irréaliste de maintenir cette patiente qui peut faire preuve de jugement indéfiniment en cure fermée ... il faut permettre à la patiente de trouver un moyen de retourner "honorablement" chez elle sans perdre la face ... . (Dossier médical, psychiatre traitant, SI, 20.05.87)

Cette préoccupation de ce que ressent la patiente et ce parti pris implicite pour elle se fait, cependant, sans validation de ce que son conjoint et les enfants ressentent à l'égard de cette solution.

Le congé de l'hôpital est accordé en même temps que le retrait de la cure fermée. Cela est justifié comme suit:

" ... un comportement calme depuis quelques jours, une entente entre la patiente et son conjoint pour qu'elle retourne vivre dans sa famille" et le fait qu'elle "semble avoir établi un lien suffisant pour poursuivre une thérapie" en clinique externe de psychiatrie "sur une base régulière". (Dossier médical, psychiatre traitant, HÔP, 22.05.87)

La prochaine hospitalisation met l'accent sur la relation entre l'état de la patiente et l'alternance entre l'éloignement puis le rapprochement des membres de sa famille. Elle révèle aussi des problèmes de concertation entre les soignants du milieu hospitalier et des intervenants d'autres établissements.

À peine une semaine après son congé de l'hôpital, Caroline se présente à l'urgence pour demander un hébergement pouvant lui permettre d'entamer des procédures de séparation. Non seulement la patiente n'est-elle pas dans un état de crise, mais elle semble motivée à changer sa situation. Le psychiatre traitant détermine un plan d'intervention de façon à répondre à sa demande: un séjour très court à l'urgence pour permettre la recherche d'un hébergement pour la patiente.

Des démarches auprès d'une ressource d'hébergement pour femmes visant l'hébergement, un soutien dans des démarches de séparation ainsi que de recherche d'un logement et de travail sont entreprises. Ces démarches durent quelques jours. Cela est en partie dû à un manque de place à la ressource, mais aussi à l'exigence de la part des intervenantes qui y travaillent d'obtenir des garanties de l'hôpital que la patiente y sera réadmise si son état se détériore. On peut lire:

... cas discuté et garanties données de réadmettre la patiente dès que nécessaire ... ce n'est qu'à cette condition que ... (nom de la ressource) accepte de la prendre ... . (Dossier médical, TS/URG., 05.06.87)

La prolongation des démarches de placement et la perspective d'un congé de l'hôpital ramènent Caroline à un état de déséquilibre marqué par une forte angoisse. Elle doit être hospitalisée au service interne. La patiente explique son angoisse par sa difficulté de se séparer de son mari et sa crainte de ne plus voir

ses enfants advenant une séparation. Les efforts pour la réassurer demeurent sans succès. Ses troubles du comportement s'amplifient. Elle évoque à nouveau des idées suicidaires. Attribuant cette détérioration davantage à une demande d'attention qu'aux craintes formulées par la patiente, le psychiatre traitant accélère le processus de congé pour ne pas renforcer les problèmes du comportement:

... son comportement ... illustre très bien son trouble de personnalité borderline et son besoin de mobiliser son entourage ... je considère antithérapeutique de poursuivre plus loin l'observation ou l'hospitalisation qui ne modifieraient pas ses attitudes et auraient tendance à les renforcer ... je la confronte aujourd'hui avec son comportement et lui fais part de ma disponibilité à l'aider mais en dehors d'une relation où la menace d'acting out vise à manipuler l'entourage ... face à ces doubles messages, je lui offre 2 possibilités: 1) séjour dans une ressource ... si elle est prête à se conformer avec les exigences du milieu et 2) rencontres hebdomadaires en clinique externe vs 3) congé de l'urgence demain avec suivi en clinique externe hebdomadaire ... je la reverrai demain afin de décider de l'orientation ... . (Dossier médical, psychiatre traitant, HÔP, 01.06.87)

Le conjoint de Caroline indique à son tour son intention de divorcer. Craignant une augmentation des acting out s'il donne un congé immédiat à la patiente, le psychiatre reporte le congé d'une journée en espérant que ce délai permette à la patiente de ventiler sa rage et sa déception:

Demande de divorce du mari ... ceci modifie nettement mon projet de congé pour aujourd'hui ... ce serait l'acculer à l'acting out pour revenir à l'hôpital ... je préfère remettre le congé à demain ... dans l'espoir qu'elle aura pu ventiler un peu sa rage et sa déception ... il semble bien qu'elle devra être dirigée vers [ressource] ... de toute façon il serait irréaliste de lui donner congé pour s'assurer d'un lien de réception pour elle ... démarches à [ressource] au plus tôt demain après s'être assuré de sa position ... . (Dossier médical, psychiatre traitant, HÔP, 02.06.87)

La note suivante, inscrite deux jours plus tard, décrit l'aspect imprévisible des comportements de Caroline. Le psychiatre, devant l'évolution de la patiente, intervient sur un mode de confrontation mais aussi d'ajustement<sup>49</sup> auprès de la patiente:

... se plaint d'être rejetée ... veut quitter lorsqu'on veut la garder, menace de se suicider lorsqu'on veut la congédier, veut retourner chez son mari lorsqu'il ne veut pas, etc. ... elle prend toujours le contrepied des gens ... tentons de la confronter progressivement et attendons que l'attitude de la patiente nous suggère une diminution de risque d'acting out pour la congédier ... . (Dossier médical, psychiatre traitant, HÔP, 04.06.87)

Mais, comme à l'hospitalisation précédente, sans que l'on sache comment elle s'y est prise, Caroline reprend contact avec son conjoint et il est de nouveau question qu'ils reprennent la vie commune. Caroline devient soudainement souriante et collaborante. Alors que les intervenants de l'hôpital et de la ressource d'hébergement étaient toujours en discussion, le rapprochement du couple contrevient à ces démarches entreprises depuis un certain temps. Le psychiatre traitant s'oriente désormais vers un

---

<sup>49</sup> En se référant aux catégories d'investissement présentées au Cadre Analytique, l'investissement de type attente et ajustement aux réactions des patientes n'est pas centré sur la modification de l'état de la patiente mais plutôt sur l'observation de son évolution et l'ajustement de son état. Dans un tel type d'investissement, les soignants adoptent des comportements d'attente en vue que les problèmes se résolvent d'eux-mêmes.

congé définitif dès qu'elle aura un hébergement, que ce soit chez le conjoint ou à la ressource: "... le comportement de madame ... démontre l'absence de dépression et un sérieux trouble de personnalité ... il faut congédier: 1) dès qu'une ressource est disponible ou 2) si elle décide de retourner chez-elle et ce, à n'importe quel temps ... (Dossier médical, psychiatre traitant, HÔP, 05.06.87). Cette hospitalisation se termine le jour même avec le départ de la patiente qui choisit d'aller à la ressource d'hébergement disponible plutôt que de retourner avec son conjoint.

Trois semaines plus tard, suivant un pattern qui devient de plus en plus clair, Caroline revient à l'urgence psychiatrique, accompagnée d'une belle-soeur. Il s'agit de sa troisième admission à l'urgence en deux mois. Aux dires de sa belle-soeur, elle ne serait demeurée que quelques jours à la ressource d'hébergement. Il n'est pas clair si elle a été renvoyée ou si elle a quitté la ressource de son propre gré. Quoi qu'il en soit, les intervenants de la ressource n'ont pas avisé l'hôpital du départ de la patiente. Selon ces intervenantes, rejointes par la suite, Caroline aurait dû être orientée vers un centre de crise plutôt que vers leur ressource. Elle avait été hébergée, depuis, par des amis qui, ne pouvant la garder longtemps en raison de son état, l'auraient mise à la porte à leur tour. Dès l'admission de la patiente, le psychiatre traitant montre sa détermination à la congédier dès que possible. Il indique qu'elle devra quitter le lendemain et se trouver un hébergement par elle-même:

Borderline bien connue. Illimitée dans son potentiel d'acting out ... crise depuis séparation d'avec mari ... Depuis elle erre de droite à gauche et s'accroche aux bras qui se tendent ... elle a tôt fait de "tester" la solidité de ses nouvelles relations qui se brisent ... l'entourage ne peut tenir le coup ... dans ce contexte: garder 1 jour et la congédier le matin de façon à ce qu'elle soit capable de trouver elle-même un abri ... . (Dossier médical, psychiatre traitant, URG, 23.06.87)

Le congé est toutefois retardé de quelques jours. Il est clair pour le psychiatre que la patiente cherche à retourner chez son conjoint. Ce qui, pour le psychiatre, semble aussi être la meilleure solution:

... met de l'avant qu'elle a maintenant l'autocritique suffisante pour reconnaître qu'elle a des problèmes ... notons que ceci ne l'empêche pas de se comporter souvent comme une tempête là où elle passe ... a épuisé les ressources et les individus qui se sont offerts pour l'aider ... attend que son mari lui ouvre les portes ... je la mets face à cette évidence et lui recommande de prendre les ententes qu'il faut de ce côté ... donc congé ce soir ... si elle ne bouge pas, je ne vois pas d'autres issues que de la congédier quand même demain ... . (Dossier médical, psychiatre traitant, URG, 26.06.87)

Caroline obtient son congé dans les jours qui suivent et retourne avec son conjoint. Dans sa note de congé, le psychiatre indique la possibilité d'une intervention de couple en clinique externe. Toutefois, il n'y aura aucune suite en ce sens. Il est à noter qu'à chacun de ses congés de l'urgence, un rendez-vous en clinique externe de psychiatrie est offert à la patiente. Jusque là, la patiente ne s'en est jamais prévalu.

## 4.1 RÉSUMÉ ET ANALYSE DE L'ÉPISODE 1

Cette section examine l'évolution de l'état de Caroline en fonction de ses relations avec sa famille ainsi que l'investissement des soignants et l'état de leurs communications interprofessionnelles. De la description présentée, il ressort les faits saillants suivants:

- les mouvements de rapprochement-éloignement entre la patiente et son conjoint correspondant aux mouvements de va-et-vient entre le domicile et l'hôpital;
- l'incapacité de l'entourage de soutenir à long terme la patiente;
- la variation du niveau d'investissement des soignants selon les réponses de la patiente au traitement et les difficultés de concertation entre les intervenants du milieu hospitalier et de la ressource d'hébergement.

### 4.1.1 Évolution de la patiente et interaction avec sa famille

Au début, l'état de Caroline est problématique sans être critique. À sa première démarche, en clinique externe, un lien entre les problèmes de la patiente et ses difficultés conjugales fut rapidement identifié. L'évolution de la patiente suggère une grande fragilité au plan de son état mental. L'indice en est son incapacité à se maintenir dans sa famille.

L'impact du conflit conjugal se confirme à partir du deuxième épisode. Lors des admissions de Caroline à l'urgence psychiatrique, la perspective d'une séparation est évoquée par les soignants comme un des facteurs déclencheurs du déséquilibre de la patiente. Toutefois, sauf une exception, rien n'indique quelles étaient les intentions et les réactions du conjoint quant à cette séparation éventuelle. Les réactions de la patiente à ses multiples tentatives de réintégration dans sa famille ne sont pas non plus précisées. Un autre des facteurs à l'origine des admissions de Caroline à l'urgence se trouve dans l'incapacité de son entourage (famille élargie et amis), vu les exigences que cela comporte, à lui offrir un appui soutenu. Ainsi, les états d'isolement provoqués par le retrait des appuis de son entourage peuvent contribuer aux crises qui provoquent ses admissions à l'urgence. En dépit du conflit conjugal, il se produit, une fois la patiente hospitalisée, un mouvement de rapprochement entre les conjoints qui semble contribuer à chaque fois à l'amélioration de l'état de la patiente et à l'obtention du congé de l'hôpital. Ces données suggèrent (H) *qu'il existe une relation entre l'action de la famille, particulièrement du conjoint, et l'état variant de la pathologie de la patiente. Ce mécanisme d'éloignement-rapprochement par rapport à sa famille et à son conjoint peut être vu, pour Caroline,*

comme un indice de sa difficulté à vivre dans sa famille et, à la fois, à se séparer d'elle. C'est un mécanisme répétitif et dysfonctionnel. Ce problème relationnel, bien que reconnu et bien qu'influençant grandement les orientations thérapeutiques, n'est pas traité en tant que tel.

Sur une période de deux mois, Caroline est admise à l'urgence à plusieurs reprises en quelques semaines, parfois à quelques jours d'intervalle. Il devient assez clair que la patiente est incapable de demeurer à long terme dans sa famille et qu'elle recourt de façon quasi-automatique à l'urgence comme un moyen de se soustraire de son milieu familial. En dépit du fait que l'hôpital puisse être un milieu substitutif pour elle, dès que son état s'améliore, la patiente et son conjoint se rapprochent l'un de l'autre. Ces données suggèrent (H) que *l'incapacité de la patiente à se maintenir dans son milieu familial, milieu pouvant être oppressant pour elle en raison des exigences de rôle qu'il comporte, fait en sorte qu'elle s'en éloigne et que l'éloignement, devenant oppressant à son tour—mais pour des raisons différentes—incite au rapprochement entre la patiente et sa famille.*

Quant aux soignants, bien qu'ils reconnaissent l'impact du conflit conjugal sur l'état de la patiente, dès qu'ils observent une accalmie chez la patiente, ne sachant que faire pour elle ou ne trouvant pas sa présence justifiée, ils la retournent assez systématiquement dans son milieu familial. Ainsi, l'on peut se demander si l'investissement (type, niveau) des soignants pourrait influencer la répétition de ce cycle? La section suivante aborde cette question.

#### **4.1.2 Investissement et interventions des soignants**

Le suivi psychiatrique de Caroline se caractérise par des fluctuations du niveau d'investissement des intervenants et des revirements fréquents dans leurs orientations de traitement. Ils semblent à la merci des changements brusques qui caractérisent l'état de la patiente. D'où, l'impression d'incohérence dans le traitement de la patiente. Il ressort, en effet, de ce premier épisode, un mouvement répétitif de va-et-vient entre l'hôpital et le milieu environnant de la patiente, sans que les interventions des soignants n'aient eu un impact positif durable sur l'état de la patiente. Les troubles du comportement de la patiente ainsi que les nombreux revirements, imprévisibles, tant chez elle que chez son conjoint ont pour effet de mettre en échec les interventions qui ont, parfois, exigé un niveau élevé d'investissement. Ces réponses de la patiente aux interventions des soignants, réponses pouvant créer de l'insatisfaction chez ces derniers, peuvent avoir l'effet de les amener à réduire ou à limiter leur investissement par la suite. En somme, il est possible, suite à ces premières observations, de formuler l'hypothèse de travail suivante: (H) *que les réactions insatisfaisantes de la patiente aux traitements proposés induisent une réduction de l'investissement des soignants ou sa non-augmentation ainsi que des réorientations fréquentes des interventions.*



Au moment où Caroline est admise pour la première fois à l'urgence psychiatrique, on observe, chez les soignants un niveau assez élevé d'investissement de type mobilisation<sup>50</sup>. La patiente est alors dans un état de crise et de déséquilibre marqués. La mobilisation des soignants conduit à des interventions axées sur l'encadrement—dont fait partie la cure fermée—et à des interventions visant à répondre aux obligations légales minimales que constituent les évaluations portant sur l'état de sécurité de la patiente et de ses enfants<sup>51</sup>. Une fois rassurés sur la sécurité physique des enfants, les soignants n'ont, par ailleurs, initié aucune autre intervention les concernant ou concernant la famille; ils n'ont procédé à aucune évaluation directe des enfants, ni de leurs conditions de garde, ni des autres impacts possibles de la pathologie de leur mère sur leur vécu, ni, encore, de leur impact sur la pathologie de la mère. Quant au traitement de la patiente, les objectifs d'interventions ont porté sur la réduction des troubles de comportement et des acting out. Le facteur déterminant semble avoir été que le contexte d'urgence ait provoqué la mobilisation de l'équipe et ait contribué à ce que chaque membre accomplisse son rôle normal et habituel dans un tel contexte. La famille avait pour rôle principal de fournir des informations sur la patiente et sur la sécurité des enfants.

Lors de cette hospitalisation, Caroline est maintenue en cure fermée. Dès les premiers signes d'amélioration de son état, le psychiatre traitant lève la cure fermée et autorise, du même coup, le congé définitif. La coïncidence du congé définitif et du retrait de la cure fermée suggère une certaine précipitation. Le psychiatre explique cette précipitation par le fait qu'une hospitalisation prolongée comporte le risque d'aggraver les troubles du comportement. En somme, les interventions visent l'atteinte d'une certaine stabilité de l'état de la patiente. Malgré la fragilité de la patiente et la précarité du couple, son état relativement stable et la perception chez les soignants d'un minimum d'ouverture au niveau du couple suffisent pour autoriser un congé.

Il est effectivement possible que le psychiatre recoure à une orientation de congés rapides de façon à éviter la régression qui conduit à de longues hospitalisations jugées inefficaces. Il est en effet reconnu que le site privilégié de traitement pour ce type de problème est la clinique externe où l'on fournit un suivi à périodicité fréquente et où l'on a recours à l'urgence psychiatrique pour de brefs séjours. Cette seconde hypothèse n'apparaît toutefois pas très plausible pour le cas présent. En effet, une telle approche requiert un investissement thérapeutique considérable et une attitude d'écoute dans un contexte d'encadrement ferme pour limiter les comportements manipulateurs et abusifs que l'on retrouve souvent chez cette clientèle (Lawson, 2002; Linehan, 1993). Aucune donnée en ce sens n'a été trouvée.

À sa deuxième admission à l'urgence, alors que Caroline demande de l'aide pour se séparer de son

---

<sup>50</sup> En se référant aux catégories d'investissement présentées au premier chapitre, l'investissement de type *mobilisation* ne dépassait pas le niveau requis pour le contrôle des situations de risque ou l'évitement des problèmes plus sévères.

<sup>51</sup> Notons entre autres, La *Loi sur la protection de la jeunesse* et la *Loi sur la protection des personnes dont l'état présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*. Ces deux lois sont décrites au chapitre portant sur le Contexte Organisationnel à la section portant sur les Procédures relatives à l'encadrement de la clientèle.

conjoint, les soignants se mobilisent en fonction de la demande et de l'apparente motivation de la patiente à l'égard de son projet de séparation. Leurs interventions visant l'intégration de la patiente à une ressource d'hébergement vont dans ce sens. Aussi, dans cette séquence, l'objectif des soignants est de soutenir Caroline dans son processus d'acquisition d'autonomie. Mais cet investissement plus important est rapidement contrecarré par les revirements soudains de la patiente et de son conjoint. À titre d'exemple, la recherche d'un hébergement pour Caroline, ayant comporté des négociations et nécessité plusieurs démarches—un investissement considérable, en somme—la perspective soudaine et imprévue de la réunion du couple a l'effet d'annuler l'investissement consenti et de réduire le niveau d'investissement des soignants au point où, l'objectif prioritaire devient la mise à distance de la patiente du système d'intervention, indépendamment du milieu où elle retourne et des problèmes qui peuvent s'ensuivre.

Il convient de s'interroger sur l'impact de tels revirements sur les soignants qui investissent alors d'une façon plus importante. Est-ce que cela pourrait les amener à désinvestir? On note, que dans ces circonstances, le psychiatre traitant insiste davantage pour accélérer le processus de congé de la patiente. La difficulté des intervenants à maintenir un investissement auprès des familles à problèmes multiples est une des contre-attitudes reconnues attribuées aux mécanismes psychopathologiques de ces familles (Lamour et Barraco, 1998; Sharlin et Shamai, 2000). En supposant que les questions ci-haut comporte une certaine plausibilité, peut-on évoquer une relation entre l'apparition d'un certain niveau de directivité, de l'ordre d'un pouvoir coercitif, et la désinvestissement potentiel du soignant?

Parallèlement à la diminution de leur investissement, les soignants commencent à mettre en doute le bien-fondé des demandes de la patiente. De son côté, le psychiatre traitant ne prend pas en compte les difficultés assez manifestes de la patiente à se séparer de son conjoint et de sa famille. Plutôt que de les considérer comme des éléments pouvant influencer l'état de la patiente, il a tendance à interpréter les mouvements de rapprochement entre les conjoints comme des tentatives de la part de la patiente de mettre en échec les interventions des soignants. Il devient du même coup plus directif envers la patiente et fait pression pour accélérer le congé. En somme, l'hypothèse formulée plus haut (p. 94) pourrait être reformulée comme suit (H) *les réactions insatisfaisantes de la patiente aux traitements proposés, lorsqu'elles se produisent d'une façon répétitive, induisent soit une réduction de l'investissement des soignants, sa non-augmentation ou le désinvestissement des soignants, d'où de fréquentes réorientations des interventions.* (H) *Par ailleurs, lorsque la patiente formule une demande ou un besoin et qu'elle montre une motivation en ce sens, les soignants augmentent leur investissement pour répondre à cette demande. D'où l'hypothèse (H) que l'investissement des soignants est associé à l'investissement de la patiente.*

En résumé, outre les réactions insatisfaisantes de la patiente à l'égard des interventions qui lui sont proposées, les mouvements d'éloignement-rapprochement du couple qui surviennent le plus souvent de

façon inattendue, en venant modifier le cheminement prévu des interventions, peuvent constituer un facteur à l'origine de la réduction de l'investissement des soignants. Bien qu'à certains moments les soignants semblent être à la merci de ces mouvements dysfonctionnels au sein du couple, les interventions demeurent centrées uniquement sur la patiente et ne tiennent pas compte des influences extérieures, particulièrement, les effets des relations conflictuelles du couple sur l'état de la patiente. En somme, le traitement est fonction i) d'un diagnostic centré quasi-exclusivement sur la patiente qui ne tient pas compte des facteurs familiaux agissant sur elle et ii) d'un investissement variant au gré de l'état de la patiente et des revirements qui le caractérisent. Cela pouvant mener à un niveau limité d'investissement dû à la remise en question ou à l'insuccès de l'intervention ou à un niveau plus élevé d'investissement si la patiente montre une motivation ou un intérêt particuliers.

Au-delà des investissements des intervenants, les données examinées jusqu'ici mettent en évidence certaines caractéristiques des communications interprofessionnelles chez les soignants susceptibles d'influencer à leur tour l'efficacité du traitement. La section suivante examine ces variables.

#### **4.1.3 Communication et concertation interprofessionnelles**

Les données recueillies indiquent, qu'au tout début, lors des premières visites de Caroline chez son psychiatre, aucune communication entre les intervenants des milieux différents (DPJ et hôpital)-à l'exception de la demande du dossier antérieur faite par le psychiatre traitant- ne s'est établie en dépit du fait que sa demande de suivi en psychiatrie provenait de pressions de la DPJ. L'état de Caroline paraissait alors stable et ne semblait pas comporter de risque majeur à court terme. Les premières communications avec la DPJ furent initiées par les travailleuses sociales de l'urgence à la première admission de Caroline à l'urgence psychiatrique. Caroline n'étant pas connue des soignants de l'urgence, un des objectifs de ces communications était de vérifier les conditions de vie des enfants et l'état de leur sécurité. Ces communications ont visé à répondre à l'urgence de la situation mais n'ont pas contribué à établir un plan à plus long terme d'interventions thérapeutiques pour la patiente et sa famille. Rappelons qu'à l'urgence psychiatrique, les interventions, fournies par une équipe de soignants différente de l'équipe de la clinique externe, sont le plus souvent ponctuelles, c'est-à-dire, centrées principalement sur l'évaluation, l'amorce d'un traitement en vue de réduire la crise ou la recherche d'un hébergement. Le plus souvent, elles ne se poursuivent pas au-delà. De telles communications, à visée limitée, pourraient ainsi être fonction des rôles habituellement tenus par ces intervenants selon leur milieu de pratique. Ces observations permettent de formuler la proposition suivante: (H) *dans le contexte actuel d'organisation des soins en urgence, lorsque l'état de la patiente ou la sécurité de sa famille comporte un certain degré de risque, la nature de ces communications demeure ponctuelle, le plus souvent, limitée aux obligations légales prescrites par ce contexte.*

Les communications entre les travailleuses sociales de l'urgence et les intervenantes de la ressource d'hébergement, établies par la suite, se sont avérées plus fréquentes dans le cadre d'un élargissement du plan de soins. Il s'agissait de communications en vue d'une entente formelle à propos de l'hébergement de la patiente, entente qu'il fut plus difficile d'obtenir. Les communications entre les travailleuses sociales de l'hôpital et les intervenantes de la ressource d'hébergement semblent, en effet, avoir été ardues. Cela s'explique, en partie, par la non disponibilité de places à ce moment. Aussi, les données font part de garanties exigées par les intervenantes de la ressource de la part des soignants de l'urgence que la patiente y serait réadmise dès que nécessaire. Ce besoin de garantie laisse supposer une difficulté de faire confiance. Les données disponibles ne permettent pas d'expliquer la nature de ces difficultés. Il est tout de même plausible, étant donné les divergences souvent évoquées dans les différents milieux de pratique, de se demander s'il n'existait pas un écart entre les objectifs du milieu hospitalier et la capacité de la ressource à y répondre. Cela peut aussi s'expliquer par le manque d'habitude de travailler ensemble ainsi que par des divergences de normes concernant les rôles des différents professionnels et intervenants dans une telle situation<sup>52</sup>. En dépit de la faible quantité de données, il est possible d'énoncer ces hypothèses de travail: (H) *que les communications interprofessionnelles sont déterminées par les définitions des rôles professionnels et les obligations des différents agents;* (H) *que les difficultés de concertation peuvent être plus importantes entre intervenants issus de milieux différents, en raison des normes différentes qui régissent leur pratique.*

#### 4.1.4 Sommaire

En conclusion, les observations tirées des quatre premiers épisodes font ressortir i) la difficulté pour la patiente-mère de fonctionner de façon optimale eu égard aux exigences de l'entourage, notamment à celles reliées à son rôle maternel, ii) la difficulté pour l'entourage de soutenir la patiente iii) l'ambivalence vécue par la patiente et son conjoint en tant que couple qui se traduit par un va-et-vient engendrant une difficulté à maintenir un rapprochement entre eux ou à réaliser une séparation, c'est le mouvement éloignement-rapprochement iv) la difficulté pour les soignants, indépendamment du type d'établissement où ils pratiquent, d'investir de façon contrôlée auprès de la patiente et de sa famille afin de leur fournir le soutien et l'encadrement nécessaires et pour mobiliser leurs ressources. Les données soulèvent un questionnement sur l'impact que pourrait avoir les comportements très fluctuants de la patiente et de son conjoint sur le niveau d'investissement des soignants. Cela peut expliquer dans le cas de Caroline que l'on n'ait pas cherché à atteindre d'autres objectifs que de stabiliser l'état de la patiente, puis, de lui donner congé en attendant que le cycle ne recommence.

---

<sup>52</sup> Des problèmes d'harmonisation entre les établissements hospitaliers et les organismes communautaires sont décrits au chapitre 3 notamment à la section portant sur le Modèle de concertation par alliances.

## 4.2 ÉPISODE 2 - LA SÉPARATION

Deux semaines après son dernier congé de l'urgence, après une tentative suicidaire par strangulation motivée par une séparation d'avec son conjoint, Caroline y est réadmise, puis hospitalisée. Ce geste suicidaire suscite suffisamment d'inquiétude chez le docteur Durant pour qu'il envisage d'emblée une hospitalisation. Cette hospitalisation qui durera six semaines se produit au moment où il doit s'absenter pour ses vacances annuelles. Ayant admis la patiente, il transfère son dossier à un collègue d'expérience, le docteur Gibeault, membre de la même équipe. Le docteur Durant présente l'hospitalisation comme une demande de la patiente d'être contenue. Il perçoit chez-elle de la "détresse" associée à sa séparation. Et il précise, dans une note au dossier, qu'il doit "céder" à sa demande. Avant de transférer le dossier à son remplaçant, il met en place des mesures serrées d'encadrement pour réduire le risque de passage à l'acte suicidaire:

Acting out qui vont en escalade depuis quelques semaines.. tentative de suicide par strangulation ... borderline vivant une période de détresse suite à sa séparation ... se présente à sa façon habituelle ... habituellement elle nie vouloir être gardée à l'hôpital, réclame de façon virulente son congé ... Le message est clair: être contenue par l'hôpital. À ce stade je crois qu'il faut céder car elle n'arrêtera pas ... je ne crois pas qu'elle veuille mourir mais les moyens qu'elle utilise sont de plus en plus dangereux Conduite: hospitalisation et mesures appropriées pour contrôler ses acting out ... surveiller fugue ... cure fermée s'imposerait si elle veut signer refus de traitement ... . (Dossier médical, psychiatre traitant, URG, 10.07.87)

L'état de crise de Caroline se résorbe rapidement. Quoique plus stable, son état alterne néanmoins entre un état dépressif et un état de déséquilibre avec troubles du comportement. Les comportements du conjoint et des enfants sont plus confrontants pour elle: ils refusent de lui parler au téléphone ou de la recevoir pour un congé temporaire. Ce sont les symptômes dépressifs qui apparaissent plus clairement lorsque les enfants refusent le contact avec la patiente. Par contre, elle réagit aux comportements du conjoint par des troubles du comportement et des manifestations de colère.

Les notes du psychiatre remplaçant, en comparaison avec celles du psychiatre traitant, laissent transparaître plus d'empathie, de soutien et de cohérence à l'égard de Caroline. Dans ses notes, il élabore plus longuement sur la psychodynamique de cette patiente et sur sa "douleur intérieure". En dépit des multiples tentatives de la patiente d'obtenir son congé, il maintient un encadrement ferme et lui fait accepter l'hospitalisation dans le but de "trouver une plus grande paix intérieure" et de "permettre à cette douleur intérieure de s'exprimer". Aussi, il met en évidence des liens possibles entre cette douleur et son sentiment d'être "rejetée par son ex-mari". On peut lire:

... je crois qu'elle se sent rejetée par son ex-mari ... veut échapper au mal intérieur qu'elle ressent en s'accrochant aux autres. Doit rester à l'hôpital et permettre à cette douleur intérieure de s'exprimer ... . (Dossier médical, psychiatre remplaçant, HÔP, 17.07.87)

... tant que Mme ... n'aura pas trouvé une plus grande paix intérieure, il est illusoire d'espérer qu'elle ait des comportements adéquats en l'absence d'un cadre et contrôle extérieur ... devra séjourner plus longtemps que je ne l'aurais espéré ... . (Dossier médical, psychiatre remplaçant, HÔP, 23.07.87)

En dépit de quelques acting out, l'état de Caroline se stabilise progressivement jusqu'à ce que le docteur Gibeault lui annonce, une semaine avant le retour du docteur Durant, qu'à son tour il part pour des vacances. Le transfert à un nouveau psychiatre remplaçant accompagné de son résident, donne lieu chez Caroline à une augmentation de ses troubles du comportement et à son refus de collaborer.

Au retour du docteur Durant, les troubles du comportement de Caroline s'estompent et elle redevient plus collaborante. En même temps, la patiente laisse entendre qu'il y a possibilité de rapprochement avec son conjoint qui montrerait une ouverture à ce qu'elle retourne à son domicile. Ainsi, dès son retour, il s'oriente presque immédiatement vers un congé définitif. Minimisant l'importance des troubles récents du comportement de la patiente, il les explique par de la manipulation. À la différence du psychiatre remplaçant, il ne questionne pas le retour de la patiente avec son conjoint:

... [la patiente] me raconte parfois avec un léger sourire les événements des dernières semaines ... se montre collaborante ... dit souhaiter quitter l'hôpital le plus tôt possible ... m'explique le caractère impulsif et manipulateur de ses gestes des dernières semaines ... m'explique qu'elle ne voulait pas s'enlever la vie ... a aussi beaucoup nuancé les reproches qu'elle adressait à un préposé ... il semble que le mari se rapproche un peu d'elle ces derniers jours ... pourra aller chez le mari ... père offre aussi de l'encadrer et même de l'héberger au besoin ... . (Dossier médical, psychiatre traitant, SI, 10.08.87)

Manifestant, par ailleurs, plus de prudence que lors des épisodes précédents, le docteur Durant organise, cette fois, un plan progressif de congés temporaires. Dû à des manifestations d'angoisse chez la patiente qu'il décrit comme une "stable instabilité", cette stratégie devrait permettre à la patiente de s'organiser un réseau de soutien. Deux semaines plus tard, jugeant qu'elle a atteint un "équilibre satisfaisant" et qu'elle "s'est reconstruit un réseau à l'extérieur de l'hôpital", le docteur Durant, considérant le congé "viable", (Dossier médical, psychiatre traitant, HÔP, 24.08.87) donne un congé définitif. L'hospitalisation aura duré six semaines. Les notes médicales ne mentionnent pas si cette reconstruction d'un "réseau à l'extérieur de l'hôpital" était bien réelle ni si ce réseau incluait la reprise de la vie commune avec son conjoint. Quoi qu'il en soit, un mois plus tard, à l'occasion d'une visite en clinique externe, on retrouve au dossier médical la mention d'une "relation chargée d'ambivalence avec un nouvel ami". Trois mois après son congé, des procédures formelles de séparation sont entamées par le conjoint.

La séquence suivante comporte une série d'interventions avec le docteur Durant en clinique externe, des réadmissions à l'urgence psychiatrique et, finalement, une nouvelle hospitalisation. Elle se distingue des précédentes entre autres par le fait que l'on y trouve un suivi continu en clinique externe. Il correspond à une étape de transition et de changements pour la patiente, notamment, l'établissement

d'une relation avec un nouveau partenaire, des discussions autour de la contraception et les procédures de séparation initiées par l'ex-conjoint qui auront comme conséquence des restrictions de droits de visite aux enfants.

L'événement marquant de cette séquence est la séparation de Caroline et de son conjoint. Ce dernier fut immédiatement remplacé par un autre homme que la patiente appelle son "ami". Ce nouvel ami présente des problèmes importants de toxicomanie. Il sera d'ailleurs incarcéré pendant un certain temps peu après le début de leur cohabitation. Aux dires du psychiatre traitant, il présente cependant l'avantage de pouvoir tolérer la patiente:

... se dit un peu coincée car elle reste plus ou moins avec un individu peu recommandable qui présente l'avantage de tolérer les angoisses de Mme ... sans se laisser impressionner ...  
 . (Dossier médical, psychiatre traitant, CE, 06.10.87)

... mène toujours une vie très tumultueuse ... Ami dont elle arrive mal à se débarrasser est en prison pour au moins 6 mois ... elle aurait été agressée sexuellement et tailladée aux jambes depuis plus d'1 semaine et il n'est pas écarté qu'il puisse s'agir d'un règlement de compte ... malgré tout état relativement stable ... pas de projets suicidaires ni tendances agressives ... déménagera à la fin du mois vers une destination secrète ... demande test de grossesse ... . (Dossier médical, psychiatre traitant, CE, 21.10.87)

Caroline est effectivement inquiète d'être enceinte. Elle ne se sent pas prête à une nouvelle grossesse puisqu'elle a déjà deux enfants dont elle ne peut s'occuper. Elle demande une ligature de trompes. À ce propos le psychiatre traitant exprime l'opinion suivante:

... il est difficile de ne pas supporter cette demande d'autant plus que j'ai la conviction que son instabilité chronique accommode fort mal d'une grossesse non désirée qui se conclurait certainement par un avortement et une décompensation psychologique ... je lui apprend que son test de grossesse est négatif ... . (Dossier médical, psychiatre traitant, CE, 28.10.87)

S'empressant de lui fixer un rendez-vous la semaine suivante, le docteur Durant augmente la médication de la patiente et demande, pour elle, une consultation en planning familial afin qu'elle puisse décider d'un moyen de contraception. Caroline rencontre un gynécologue deux jours plus tard. Celui-ci lui propose des méthodes contraceptives alternatives en attendant une évaluation d'un autre médecin pour la ligature de trompes. On ne retrouvera pas de suite à cette intervention dans le dossier médical de la patiente, ni de la part du gynécologue ni du psychiatre.

L'état de Caroline retourne graduellement vers un état de déséquilibre que le psychiatre traitant attribue aux démarches de divorce initiées par l'ex-conjoint. Ces démarches l'obligent à aller en cour pour réclamer des droits de visite des enfants. Cette situation, qui confirme l'intention d'une séparation plus définitive, est difficile à vivre pour Caroline. Dans les jours suivant sa présence au tribunal, son état se détériore au point où elle ne contrôle plus son agressivité. En une même journée, elle frappe une

personne dans l'autobus et brise une vitre dans la salle d'attente de la clinique externe. Elle attribue sa rage aux conditions imposées pour les visites à ses enfants qu'elle juge insatisfaisantes. Elle sera admise à l'urgence psychiatrique à trois reprises dans les trois semaines suivantes. Suivant un pattern établi, les congés sont toujours accordés en raison de la résolution rapide des crises et de l'amélioration radicale de l'état de la patiente. Dans la note suivante, le psychiatre traitant fait référence au fait qu'elle demande de l'aide de façon appropriée et qu'elle apparaît triste. C'est à cette période que le docteur Durant adopte, de façon définitive, une orientation d'admissions à court terme, avant les acting out, pour désamorcer les crises et pour permettre à la patiente de récupérer. Parallèlement, les notes suivantes laissent entrevoir chez le psychiatre traitant une compréhension plus claire de la dynamique de la patiente en relation avec sa famille et une empathie plus perceptible:

Consommerait drogue avec son ami ... et pour 1ère fois elle n'a pas fait d'acting out pour obtenir ce qu'elle veut mais me demande de l'aider ... c'est la 1ère fois qu'elle manifeste un désir verbalement qui semble exprimer ses réelles attentes ... apparaît triste ... à mon avis, elle n'arrive plus à s'organiser depuis que sa séparation a été confirmée depuis 2 semaines ... elle s'est brouillée avec ses enfants et ne semble plus savoir comment rétablir le contact ... il semble en particulier qu'elle souhaite être gardée à l'hôpital. Compte tenu de ma conviction qu'un acting out est imminent et dans l'espoir qu'elle retrouve un certain équilibre je lui offre un séjour à l'observation ... (Dossier médical, psychiatre traitant, CE, 21.12.87)

... je crois que l'apparente somnolence qu'elle présente est en partie psychologique et peu attribuable à la médication ... cet état de "quasi-hibernation" lui permet de récupérer ... si tel est le cas, ce résultat renforce l'idée de lui offrir de brefs séjours avant les acting out pour l'aider à désamorcer les situations ... (Dossier médical, psychiatre traitant, URG, 21.12.87)

Entre ces séjours à l'urgence, Caroline continue de se présenter en clinique externe. Un conflit avec le nouveau conjoint qui évoque la possibilité de la quitter et la rupture de contact avec ses enfants durant la période des Fêtes ramènent la patiente dans un état de crise suffisamment inquiétant pour qu'elle soit admise, pour une quatrième fois, à l'urgence et placée sous cure fermée. Après une semaine à l'urgence, elle est hospitalisée au service interne où elle demeurera encore pendant deux semaines.

Au début de cette dernière admission à l'urgence, Caroline présente un état très fluctuant. Le docteur Durant autorise tout de même des conditions, non précisées au dossier, qui lui permettront de maintenir des contacts avec ses enfants. Ces conditions font partie d'un plan d'interventions qui comporte un objectif de réintégration sociale dont les modalités restent à déterminer. Les notes subséquentes au dossier montre que la réintégration sociale visée consiste en une reprise de contact de Caroline avec son entourage, plus spécifiquement avec son nouvel "ami" avec qui elle discute de modalités de retour à domicile. Elle décide de reprendre la vie commune avec son ami sur un "mode fraternel" ce que le psychiatre juge "viable":



... lui permettre une réinsertion en douceur et une reprise de contact avec ses enfants et nous verrons à élaborer davantage ce projet lorsqu'elle sera hospitalisée ... . (Dossier médical, psychiatre traitant, URG, 04.01.88)

... Mme ... commence à prévoir son retour à la maison ... songe à une cohabitation fraternelle avec celui qui deviendrait par le fait même son ex-ami ... il est possible que cette situation soit viable ... l'évolution suggère que la suite de l'hospitalisation sera peut-être brève ... . (Dossier médical, psychiatre traitant, SI, 06.01.88)

Vers la fin de l'hospitalisation, une travailleuse sociale rencontre Caroline pour l'assister dans ses démarches auprès de la compagnie de téléphone et du Bureau de l'aide sociale. Il s'agit de la première intervention du service social, notée au dossier, depuis l'épisode où la patiente avait été intégrée à une ressource d'hébergement. Caroline obtient le retrait de sa cure fermée en même temps que son congé définitif, trois semaines après son admission. Le psychiatre traitant fait le bilan suivant:

... a profité de son séjour pour réorganiser sa vie à l'extérieur et clarifier ses rapports avec son co-logeur ... est redevenue souriante ... a fait preuve d'un meilleur contrôle d'elle-même et a établi de meilleures relations avec le personnel ... idées suicidaires se sont estompées ... Il faut souligner que de telles idées (suicidaires) surviennent régulièrement depuis nombre d'années de façon imprévisible ... demande congé définitif.. retrait de la cure fermée et congé définitif ... si elle connaît des crises je recommande de ne pas hésiter à lui accorder de courts séjours à l'observation ... . (Dossier médical, psychiatre traitant, HÔP, 11.01.88)

La séparation de Caroline de son premier conjoint n'était cependant pas une affaire close. Un dernier épisode de cette première phase de l'histoire psychiatrique de Caroline s'amorce. Il durera six mois. Au cours de cet épisode, qui comporte un effort de réunir son couple, Caroline est admise à cinq reprises au centre hospitalier.

### **4.3 ÉPISODE 3 - NOUVELLE TENTATIVE DE VIE COMMUNE ET SÉPARATION DÉFINITIVE**

La "cohabitation fraternelle" de Caroline ne dura que trois jours avant qu'elle ne revienne à l'urgence dans un état de confusion causée par la consommation de drogues. Le docteur Durant la garde sous observation deux jours puis la congédie. Par la suite, il la revoit à quelques reprises en entrevue à la clinique externe. Elle continue de consommer des drogues et voit ses enfants occasionnellement. Le psychiatre indique alors au dossier que la patiente entretient des relations "satisfaisantes" avec ses enfants. Toutefois, aucune évaluation de la relation mère-enfant ou aucune vérification n'est faite auprès du père des enfants. Bien que les problèmes de toxicomanie de Caroline et de son nouveau conjoint puisse constituer un risque pour les enfants, lors de leurs visites, aucune intervention et aucune exigence de traitement au plan de la toxicomanie ne sont mentionnées au dossier.

Trois semaines après son dernier séjour à l'urgence, Caroline retourne à l'urgence psychiatrique et demande à être référée à un centre de désintoxication. Elle a revu son premier conjoint la veille et, selon elle, il serait disposé à reprendre la vie commune avec elle. Elle souhaite se départir de son problème de toxicomanie pour se donner de meilleures chances de réussite. Cette soudaine motivation semble avoir un effet sur la mobilisation des soignants, y compris sur le docteur Durant. Trois jours après son admission à l'urgence, ils lui trouvent une place dans un centre de désintoxication où elle devait être hébergée pour une période d'un mois. Elle quittera cependant le centre de désintoxication après seulement dix jours et retournera chez son conjoint toxicomane. Une autre crise survient peu après qui nécessite un séjour d'une nuit à l'urgence. D'accord pour un deuxième essai au centre de désintoxication, Caroline n'y fait qu'un court passage avant de rentrer, cette fois, chez son premier conjoint.

Suite à cette réintégration dans sa famille, la pathologie de Caroline se détériore. Elle nécessite une série de trois hospitalisations ponctuées de brèves sorties qui se dérouleront sur une période de quatre mois. Au cours de ces hospitalisations, l'état de la patiente fluctue entre des états de grand déséquilibre et de dépression accompagnée de problèmes physiques.

À ce tableau s'ajoutent des menaces voire des tentatives suicidaires inquiétantes. Avant chacune des admissions à l'urgence psychiatrique, Caroline contacte son psychiatre traitant pour l'informer de ses intentions de s'enlever la vie avec une arme à feu ou, encore, elle se présente accompagnée de son premier conjoint ou d'un ami après avoir fait un acting out.

Durant cet épisode, les soignants attribuent les problèmes de Caroline à ses difficultés conjugales avec son premier conjoint. On décide, dès la première admission, et cela avec l'accord de la patiente, qu'elle et son premier conjoint avec qui elle est retournée vivre entreprendraient une thérapie de couple "pour augmenter la viabilité de son retour à la maison" (Dossier médical, psychiatre traitant, SI, 09.03.88) mais aussi pour "évaluer ce qui reste de possibilités d'avenir pour ce couple" (Dossier médical, TS, SI, 05.04.88). Bien que cette tentative s'avérera infructueuse elle mérite que l'on s'y attarde car, deux ans après la première admission de Caroline, c'est la première intervention qui ne vise pas Caroline seule mais qui reconnaît sa famille comme partie de la problématique. C'est la travailleuse sociale de l'équipe traitante qui prend en charge cette thérapie dont les modalités sont les suivantes:

... 1. contrat de 10 rencontres hebdomadaires; 2. Approche de "here and now" compte tenu du contrat ... et du passé chargé de ce couple; 3. Évaluation ensemble des compromis possibles; 4. Support dans le respect des compromis acceptés de part et d'autre ... il est convenu de leur offrir une thérapie de couple à court terme, le temps d'évaluer ce qui reste de possibilités d'avenir pour ce couple ... . (Dossier médical, TS, HOP, 05.04.88)

Les entrevues de couple permettent l'accès à des informations jusque là non disponibles sur le fonctionnement familial: ce couple n'a jamais été marié; la paternité des deux enfants a été reconnue

par le conjoint; le "mari" et les enfants ont une certaine habitude des départs fréquents de la patiente qui explique ces absences par un besoin de "liberté et d'autonomie".

Ces entrevues sont difficiles et suscitent chez Caroline des émotions dysphoriques qui se traduisent par des troubles du comportement et des crises de plus en plus rapprochées. À partir de ce moment toutes les situations provoquant des rapprochements de la patiente avec sa famille sont précédées d'une augmentation des troubles du comportement dont des revendications de congé définitif et des menaces de refus de traitement. Le docteur Durant accorde néanmoins le congé qu'elle ne cesse de demander:

... désorganisation croissante qui accompagne le retour au foyer conjugal ... écarts de conduite qui caractérisent sa personnalité ... actuellement non suicidaire ... il semble que cette admission ait permis de diminuer les tensions ... congé ... même traitement ... poursuite des thérapies de couple ... rendez-vous en clinique externe, la semaine prochaine. (Dossier médical, psychiatre traitant, HÔP, 23.03.88)

Dès son retour à domicile, l'état de Caroline se détériore au point où elle doit être ré-hospitalisée. Son conjoint la ramène à l'urgence après qu'elle ait fait une crise "quasi-convulsive" devant les enfants suite à une entrevue de couple "houleuse". La séquence qui suit illustre l'état d'inquiétude que peut susciter les propos de cette patiente. À son arrivée à l'urgence, elle verbalise au résident de garde des préoccupations à teneur délirante. Ces propos sont d'abord mis en doute par le résident qui l'évalue. Puis, il reconnaît la possibilité d'un risque élevé inhérent à l'état de la patiente. Il maintient toutefois une approche de séjour à court terme; il prévoit un congé pour le lendemain. Il écrit:

... La patiente avoue avoir toutes ses pensées contrôlées par une femme et ce depuis toujours ... a l'impression qu'on lui vole ses pensées et qu'on se les approprie ... elle dit voir jouer dans sa tête des scènes de massacre, de violence qui l'inquiètent beaucoup. Elle craint de s'automutiler sérieusement, ne désirant pas dit-elle se suicider. Elle dit que toutes ces images sont implantées par cette femme et a de multiples craintes face à cela entre autres, celle d'être incapable de se contrôler ... inquiète face à ce qui lui arrive.

---

... semble démunie et sans contrôle sur la situation ... contrôle et vol de pensée me semblent douteux dans le tableau d'une séance de thérapie conjugale houleuse ... pas franchement psychotique à l'entrevue ... anxiété ... non suicidaire ... borderline avec risque élevé de passage à l'acte de type automutilatoire, du moins pour ce soir. Il est probable qu'elle pourrait avoir son congé demain avec une structure appropriée. Gardons sous observation ... nozinan, ativan, contention et internement en PRN si agitation. (Dossier médical, résident, URG, 31.03.88)

Le lendemain, le même résident poursuit son évaluation avec Caroline qui dit entendre la voix d'une personne à l'intérieur d'elle:

... Voix qui lui parlerait constamment lui dictant quoi faire ... . Voix lui aurait dit de tuer un de ses enfants. Ainsi la personne qui est à l'intérieur d'elle pourrait incorporer l'enfant ... Voix dirait également de poser des gestes dangereux pour elle-même (automutilation ou suicide) ... se dit contrôlée par cette voix et dit qu'elle doit constamment lutter contre elle ce qui draine son énergie ... . (Dossier médical, résident, URG, 01.04.88)

La persistance de tels propos amène le résident à se questionner à nouveau sur la présence ou non d'un état psychotique. Cela est rapidement réfuté par le psychiatre traitant cependant. En effet, dès que ce dernier la revoit, Caroline redevient calme et collaborante. Elle exprime alors son désir de revoir son conjoint et ses enfants, ce qui donne lieu à son congé définitif. De l'avis du psychiatre traitant, elle ne représente pas une menace pour sa famille:

... Elle ne craindrait pas de passage à l'acte agressif contre eux [conjoint et enfants] ... se sentirait actuellement en contrôle ... dit avoir été très angoissée jeudi par le fait d'avoir pour la première fois parlé devant son mari de cette "impression de présence en elle", impression existant depuis plusieurs années selon elle ... pensée organisée, aucune idéation suicidaire pour le moment ... (Dossier médical, psychiatre traitant, URG, 02.04.88)

Quelques jours plus tard, lors d'une entrevue en clinique externe, Caroline reprend les mêmes propos avec son psychiatre qui ne leur accorde que peu de crédit:

... en définitive, il s'agit d'une personnalité borderline qui maintient toujours un réel testing de la réalité ... J'accueille ceci [le fait d'entendre des voix] avec un réel scepticisme car: 1) sa description est douteuse 2) ce n'est pas la première fois qu'elle tente de captiver l'attention des psychiatres en présentant des histoires de symptômes de cette nature mais différentes dans leur contenu 3) dans le passé, elle a toujours fini par nuancer et nier de tels symptômes. (Dossier médical, psychiatre traitant, CE, 06.04.88)

Le traitement psychiatrique de Caroline, dont la thérapie de couple débutée depuis trois semaines, se poursuit en clinique externe. Le docteur Durant note un état de fonctionnement satisfaisant et que la patiente "s'occupe bien des enfants".

De son côté la travailleuse sociale décrit les réactions favorables de la patiente à la thérapie de couple: "... Cette approche a énormément plu à Mme ... ce qui a contribué à établir une bonne relation avec elle de même qu'avec son mari ... " (Dossier médical, TS, SI, 05.04.88). Aucune autre information concernant l'évolution de cette thérapie ne sera versée par la suite au dossier médical de la patiente<sup>53</sup>.

Trois semaines plus tard, Caroline revient à l'urgence en état de crise. Elle avait eu des idées suicidaires et avait posé un geste dangereux envers ses enfants quoique "sans intention homicide":

... Pte bien connue pour trouble de personnalité borderline. Chroniquement instable ... elle connaît malgré tout des périodes de plus grande désorganisation où elle explose dans des acting out spectaculaires ... après plus ou moins 1 an de séparation d'avec le mari ... a vécu dans promiscuité et abus de drogues, elle est revenue à la maison et couple tente tant bien que mal de se raccommoder avons offert les services nécessaires pour thérapie de couple ... partenaires sont plus ou moins assidus à la thérapie de couple ... pour des raisons qu'elle

<sup>53</sup> Les travailleurs sociaux tenaient des dossiers parallèles, différents du dossier médical de la patiente, dans lesquels sont contenues toutes les informations relatives au dossier social. Ce dossier n'est pas accessible.

refuse de présenter (les connaît-elle?), madame se décrit au bord de la crise. ... elle a pensé au "métro" ... Elle aurait donné du xanax à ses enfants!! (sans intention suicidaire) et aujourd'hui s'est lacérée le bras gauche ++ et s'est fait une longue entaille dans le cou ... Mes expériences antérieures avec la patiente me suggèrent qu'il s'agit d'une demande de retrait du milieu ... je poursuis donc le même plan d'intervention qui implique de rapides admissions à l'urgence lorsque les crises sont à l'horizon afin d'atténuer les conséquences de ses acting out ... Il semble jusqu'à présent que ceci a permis de préserver un peu mieux les acquis ... il est clair que ce plan sera réévalué si son efficacité se dément ... elle partage mon idée et accepte une observation prolongée ou une courte hospitalisation ... . (Dossier médical, psychiatre traitant, URG., 05.05.88)

Hospitalisée puisqu'elle "ne se sent pas prête à retourner chez-elle", le docteur Durant prévoit la poursuite de l'intervention auprès du couple pendant l'hospitalisation. Il précise à ce propos: "... il faut reconnaître que nos interventions ont permis de préserver la réunion chancelante du couple ... " (Dossier médical, psychiatre traitant, URG, 06.05.88).

Le contenu des notes du psychiatre traitant laisse supposer un certain sentiment d'inquiétude. Bien qu'il réaffirme sa position quant à son plan d'intervention, il s'oriente tout de même vers une hospitalisation à plus long terme, ce qui peut être un indice de son sentiment d'inquiétude. Alors que jusque là il avait préconisé des admissions à court terme, il s'appuie cette fois, sur ce que la patiente ressent à l'égard du retour au domicile pour déterminer le moment du congé. Il écrit:

... je tente de supporter les ressources les + saines de sa personnalité ... semble assez bien mais ne se dit pas prête à sortir pour la fin de semaine ... autorisons vêtements, téléphone, thérapie de couple ... congé possible pour vendredi ... . (Dossier médical, psychiatre traitant, SI, 11.05.88)

À l'approche du congé, un soir, Caroline manifeste des "signes de tension" non décrits au dossier, qu'elle explique par sa crainte que la "charge des enfants soit trop lourde ... ". Le docteur Durant décide alors de retarder le congé précisant qu'il attend que la relation se clarifie entre la patiente et son conjoint. Il écrit:

... Dans les circonstances, je préfère retarder le congé au début de la semaine prochaine ... Il est entendu avec elle qu'il n'y aura pas de changements en fin de semaine et que je recommanderai au psychiatre de garde de ne pas accepter de refus de traitement ... elle se dit bien d'accord ... . (Dossier médical, psychiatre traitant, SI, 13.05.88)

... attendons que la relation se clarifie avec le mari pour lui donner congé ... . (Dossier médical, psychiatre traitant, HÔP, 18.05.88)

Le processus de clarification de la situation avec le mari, loin d'améliorer les choses, engendrent chez Caroline des problèmes physiques qui conduisent à un examen neurologique. Puis, elle présente des problèmes du comportement qui prennent de plus en plus d'ampleur. Ces problèmes sont d'abord automutilatoires—elle se frappe la tête sur les murs—et nécessitent que la patiente soit placée sous

contentions. Puis, elle adopte des comportements opposants refusant ses médicaments et s'enfermant à sa chambre. Le docteur Durant envisage tout de même son congé et "l'élaboration du plan de retour au foyer familial". On ne trouve cependant pas de détails concernant ce plan. L'escalade des troubles du comportement se poursuit. Caroline revendique son congé de façon impulsive. De l'avis de son psychiatre, "elle cherche un terrain de dispute". Dans les jours qui suivent, après trois semaines d'hospitalisation, il consent à lui donner son congé:

... pte borderline bien connue pour d'incessants acting out ... au fil de l'hospitalisation tension générale et période de déstabilisation où elle s'automutilait se sont estompées pour faire place à des légers acting out mais incessants qui visaient à obtenir l'attention ... (Dossier médical, psychiatre traitant, SI, 26.05.88)

Puis, il explique les problèmes du comportement de la patiente: "... ne semblait retarder son départ qu'à cause de son ambivalence et de ses problèmes de séparation ..." (Dossier médical, psychiatre traitant, HÔP, 26.05.88). Il explique ensuite sa propre attitude: "... nous avons résisté à ses désirs impulsifs de départ pour lui permettre de s'assurer de la constance de ses désirs ... j'accepte de lui accorder congé non sans avoir exploré d'autres hypothèses afin de protéger l'alliance thérapeutique ..." (Dossier médical, psychiatre traitant, HÔP, 26.05.88).

La thérapie de couple doit se poursuivre en clinique externe. En dépit du fait que la patiente ait exprimé des craintes à l'égard de sa charge maternelle, aucune intervention n'est proposée ou mise en place pour évaluer sa situation en contexte familial ni pour apporter un soutien et un encadrement qui soient susceptibles de diminuer l'impact prédictible de la reprise de son rôle maternel.

Quatre jours après ce dernier congé, Caroline ingère une trentaine de rivotril<sup>54</sup>. Après un lavage gastrique elle est réadmise à l'urgence psychiatrique, puis réhospitalisée. Le docteur Durant explique cette nouvelle crise par les "contraintes" vécues à domicile et par le fait qu'elle se soit "trouvée seule". Sans autres détails. L'hospitalisation s'explique par les acting out de la patiente et sa propre demande. Hospitalisée aux soins intensifs, elle est référée, pour la première fois, en ergothérapie pour éviter l'isolement. Ce suivi ne pourra être amorcé en raison du refus de traitement e la patiente.

Au cours de cette hospitalisation, des problèmes physiques conduisent à des examens spécialisés en neurologie et en endocrinologie. En même temps, Caroline est dans un état "calme, plus retirée, perplexe mais non suicidaire". Le jour où elle demande une sortie accompagnée, pour le soir même, afin de "voir ses enfants", le docteur Durant, "d'accord avec cet élément justifié", l'accorde, puis, en raison d'un bon comportement lors de cette sortie, lui accorde un permis de sortie pour la fin de semaine dans le but de "maintenir le contact avec les enfants" (Dossier médical, psychiatre traitant,

---

<sup>54</sup> Le rivotril, aussi appelé clonazépam, est un médicament de la classe des benzodiazépine. Il a des propriétés sédatives, hypnotiques et anticonvulsivante (Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques, 2000).

HÔP, 09.06.88).

L'état de Caroline continue de se détériorer. Le psychiatre maintient que les problèmes du comportement sont causés par les besoins d'attention, mais il évoque, aussi, son départ prochain pour ses vacances et le recours abusif à la médication, qu'elle demande lorsqu'elle sent venir une crise.

Par ailleurs, il devient de plus en plus clair que du côté familial, il n'y a plus de possibilité pour Caroline de retour avec son conjoint et ses enfants. De fait, son état commence à s'améliorer après qu'elle ait repris contact, lors de ses sorties, avec l'homme avec qui elle avait cohabité lors de sa première séparation.

À ce stade, l'objectif de la thérapie de couple cesse d'être la réunification des conjoints. Elle vise désormais à concrétiser la séparation et à mettre en place des conditions de vie acceptables pour la patiente. Les dernières séances sont difficiles suscitant des émotions dysphoriques chez la patiente qui réagit avec colère lorsque la fin de cette thérapie se confirme. À la suite d'une visite à son domicile, elle revient bouleversée et triste après avoir été confrontée aux réactions négatives de ses filles qui auraient refusé de communiquer avec elle:

... quitte après 16h30 avec l'époux pour la thérapie de couple. Retour vers 19h25. S'isole à son lit ... pleure à sa chambre. Suite à l'invitation de s'exprimer elle répond: ça ne donne rien ... se couche puis s'assoit pleure, dit faire le deuil de son mari et de ses enfants ... est allée les voir, ce soir, puis elles ne l'ont pas regardée ... serait alors revenue plus tôt ... dit: je n'ai plus la force de me battre, j'aime mieux oublier [avec air triste] ... . (Dossier médical, INF, SI, 23.06.88)

Les difficultés relationnelles entre Caroline et ses filles sont toujours présentes une semaine plus tard: "... considère encore que ses filles ne veulent rien savoir. Croit cela par le fait que son aînée qui lui causait avant au téléphone ne le fait plus" (Dossier médical, INF, SI, 01.07.88).

Une fois la séparation confirmée et étant donné l'incapacité de Caroline de vivre seule, il est question qu'elle soit hébergée dans une famille d'accueil. La travailleuse sociale de l'équipe qui avait dirigé la thérapie de couple prend en charge cette intervention. Toutefois, après la visite de quelques familles d'accueil, la patiente refuse cette alternative. En conséquence, cette série d'hospitalisations se termine par la reprise de la relation avec l'"ami" toxicomane, qui deviendra ainsi son conjoint pour la suite de son histoire.

#### 4.4 RÉSUMÉ ET ANALYSE DES ÉPISODES 2 ET 3

Cette section examine, dans l'ordre établi à la précédente section d'analyse, l'état de la patiente en relation avec ses interactions familiales ainsi que les perceptions et l'investissement des soignants auprès de la patiente et de ses enfants.

#### 4.4.1 Évolution de la patiente et interaction avec sa famille

Depuis le début, l'aggravation de l'état de pathologie de Caroline s'accompagne toujours de l'éloignement des membres de sa famille. Au troisième épisode, on constate que cet éloignement contribue tantôt à aggraver la détérioration de l'état de la patiente tantôt à favoriser un certain équilibre chez elle.

Les données illustrant les mouvements d'éloignement entre la patiente et sa famille immédiate ont mis en évidence la grande sensibilité de la patiente à l'égard de ces mouvements surtout s'ils étaient initiés par son conjoint ou ses enfants: lorsque c'est le conjoint qui prend ses distances, Caroline réagit par la colère qui se traduit par des troubles du comportement. Lorsque les enfants refusent de la voir ou de lui parler, elle réagit par de la tristesse et un sentiment de vide qui engendrent ses symptômes d'ordre dépressif. Dans les deux cas, la patiente éprouve du rejet et de l'abandon. Ces réactions conduisent à une détérioration de l'état de la pathologie et permettent de reformuler l'hypothèse de travail (p.93) de la façon suivante: *(H) q u e les actions, comportements et attitudes des membres de la famille immédiate exercent une grande influence sur la pathologie de la patiente et plus spécifiquement que l'état de la patiente évolue vers une détérioration si les membres de sa famille manifestent des comportements d'éloignement.*

De façon générale, les rapprochements entre Caroline et ses conjoints ont été à l'origine d'améliorations de l'état de la patiente ou de tentatives de mobilisation de sa part. Par exemple, lors d'un essai de réunion avec son ex-conjoint, la conscience qu'avait Caroline de l'impact de ses problèmes de toxicomanie sur sa famille immédiate l'a amenée à vouloir les résoudre par un traitement de désintoxication. Cela indiquait, chez-elle, un désir de rapprochement et la volonté de le maintenir. Cela vaut même si la patiente ne parvint pas à demeurer au centre de désintoxication et même si la difficulté d'affronter ses problèmes vint à bout de sa motivation, pourtant importante, à retourner auprès de sa famille.

Par ailleurs, la thérapie de couple a permis d'observer que les rapprochements trop importants pouvaient comporter une menace pour la patiente. Il est indiqué dans une note au dossier médical, au cours de la thérapie de couple, que l'angoisse de la patiente a été causée par le fait qu'elle ait parlé pour la première fois devant son conjoint d'une voix de femme qui l'habite. Cela suggère que verbaliser ses émotions et ses difficultés à son conjoint peut représenter une situation d'intimité trop grande et, donc, trop menaçante pour Caroline. En outre, dès le début de cette thérapie, les congés qui suivent les séances de couple "houleuses" sont précédés d'une augmentation, chez la patiente, de symptômes et de troubles du comportement. Ces données suggèrent *(H) qu'un rapprochement trop important comportant un dévoilement trop profond ou un conflit avec le conjoint peut constituer une menace pour*



*la patiente. Cette menace expliquerait la détérioration de son état et son besoin de retourner à l'hôpital.*

Au cours de l'intervention de couple, l'on apprend que le conjoint et les enfants sont habitués aux départs fréquents de la patiente. Cette habitude peut expliquer la réaction apparemment passive et distante du conjoint qui avait précédé la première admission de Caroline à l'urgence. Cette réaction peut, ainsi, correspondre à une attitude de détachement et, peut-être, à une forme de protection pour la famille contre les multiples départs et "abandons" de la patiente. De son côté, Caroline explique ses départs du milieu familial par son besoin de "liberté et d'autonomie", un indice que les éloignements entre la patiente et sa famille immédiate sont, au moins en partie, initiés par elle. En somme, l'ensemble des observations portant sur les réactions de Caroline aux mouvements d'éloignement et de rapprochement des membres de la famille suggèrent(H) *que cette patiente doit maintenir une certaine distance de son milieu familial pour se maintenir en équilibre, autrement dit, que son équilibre est, du moins en partie, fonction de la distance entre elle et sa famille.*

#### **4.4.2 Évolution de la patiente selon le niveau d'exigences reliées aux interventions**

Tout comme les interventions visant la désintoxication, la thérapie de couple est un exemple du fait que Caroline n'a pas les capacités d'assumer les interventions proposées. Cette expérience constitue un échec, qui s'ajoute aux autres, dans ses tentatives de se mobiliser pour changer son fonctionnement. Par ailleurs, elle semble mieux tolérer les interventions dans le cadre hospitalier où elle est isolée de sa famille. La plupart des interventions que l'on y pratique sont de l'ordre de la médication, de l'encadrement, du soutien sans qu'aucun autre investissement de sa part ne soit exigé. Ces observations suggèrent l'hypothèse (H) *que, lorsque les interventions comportent un certain degré d'exigence ou de remise en question, la patiente ne peut poursuivre son implication. Il s'ensuit un éloignement du système d'intervention et une détérioration subséquente de son état.*(H) *En ce sens, l'hôpital peut être vu comme un refuge qui lui permet tout simplement de se distancer du stress que représentent les responsabilités maternelles et familiales.*

Des données émergeant des dernières hospitalisations ont mis en évidence les difficultés de Caroline à se retrouver en présence de ses enfants. C'est comme si un rapprochement avec son conjoint la rapprochait du même coup de ses responsabilités maternelles qu'elle se sentait probablement incapable d'assumer. En dépit de la faible quantité de données concernant la thérapie de couple, ces données laissent entrevoir que le rôle maternel n'y a pas été ou que très peu pris en compte. Le problème du rôle maternel semble avoir été subordonné au problème de couple. Cela peut expliquer que cette thérapie n'ait pas eu l'effet escompté. On semble avoir offert les services restreints dont on disposait, que ce soit en raison d'un manque de ressources ou en raison d'une organisation de services qui n'autorisait

pas ce genre de services, plutôt que ceux qui auraient pu répondre à la situation problématique complexe comportant la relation entre les conjoints, mais aussi la relation de Caroline avec ses enfants dans un contexte familial. En somme, la thérapie de couple, tout en visant un objectif de réunion du couple qui répondait à l'objectif de Caroline, la confrontait péniblement à ses responsabilités maternelles. D'où l'aggravation des symptômes de Caroline, des problèmes entre elle, son conjoint et ses enfants et la décision—qui pouvait cependant s'avérer une solution appropriée dans ces circonstances—d'une séparation de nature exclusive et définitive entre eux. Ces observations permettent de formuler l'hypothèse de travail (H) *que les interventions comportant un rapprochement trop important de sa famille et donc de ses responsabilités maternelles et familiales, et qui ne fournissent aucun moyen de la soutenir dans ces responsabilités, suscitent une aggravation de l'état de la patiente et, éventuellement, une séparation de nature exclusive et définitive de son milieu familial.*

#### **4.4.3 Perceptions et investissement des soignants et orientation des interventions**

Au cours des épisodes décrits dans cette section, Caroline a été suivie par deux psychiatres, son psychiatre traitant et un collègue de ce dernier qui l'a remplacé pour une durée approximative d'un mois. Il a été possible, alors, de constater certaines similitudes mais aussi des différences dans les perceptions, les réactions et le niveau d'investissement de chacun des soignants à l'égard de la patiente. En premier lieu, on observe, chez les deux, une attitude d'empathie pouvant être reliée à leur perception d'une "souffrance intérieure" ou d'une "tristesse" chez elle. Dans ces circonstances, ils ont cherché à la convaincre de demeurer à l'hôpital percevant chez la patiente un risque plus important d'acting out. Cela suggère une relation entre leur perception d'un état de détresse chez la patiente, une plus grande prise en compte des sentiments exprimés par la patiente et leur orientation vers une hospitalisation plus longue. Parallèlement, ils semblaient plus sensibles à l'impact des comportements des membres de la famille sur l'état de la patiente.

Cette perception fut toutefois plus importante chez le psychiatre remplaçant ce qui le mena à être plus directif avec la patiente tout en lui prodiguant plus de soutien et d'écoute. À cet égard, il y a aussi une différence dans les réactions du psychiatre traitant qui, au cours du premier épisode, cherchait à donner congé le plus rapidement possible à la patiente, alors qu'au cours du troisième épisode, il cherche à la retenir à l'hôpital. Cela peut être relié aux comportements de la patiente qui étaient aussi différents. Au premier épisode, l'on observait davantage de troubles du comportement et des revirements imprévus de la part de la patiente et de son conjoint qui contrecarraient les plans d'intervention des soignants. Au troisième, le psychiatre évoque, plus souvent, le caractère dépressif, automutilatoire et parfois suicidaire de ses comportements. Il met davantage en évidence le risque potentiel de ces comportements ce qui l'amène à vouloir retarder le congé. Aussi, le milieu familial est de moins en moins disponible pour accueillir la patiente lors de ses congés. Le milieu familial ne peut plus être considéré comme une ressource.

Suivant ces données, il est possible d'entrevoir que la compréhension qu'ont les soignants des comportements et des attitudes de la patiente influence leurs réactions y compris leur investissement. À l'opposé des épisodes précédents, le psychiatre traitant exerce ici une certaine prudence à l'égard des congés qui rend compte d'un changement probable dans sa perception du degré de risque que comporte l'état de la patiente. Cela l'amène à clarifier son plan d'intervention sans pour autant modifier son investissement.

La prise en compte par les soignants de facteurs externes (familiaux et environnementaux), notamment les comportements parfois confrontants voire rejetants des membres de la famille immédiate, est notée pour la première fois depuis le début du traitement. Ces observations permettent aux soignants de considérer que ces facteurs externes peuvent influencer l'état de la patiente. Cela a pu contribuer à l'émergence chez les soignants d'une plus grande considération à son égard. Ses troubles du comportement ne sont pas attribuables qu'à elle-même. À titre d'exemple, le psychiatre remplaçant estime qu'étant donné les comportements des membres de la famille, la patiente, en dépit de ses demandes, ne doit pas retourner dans son milieu familial. De son côté, le psychiatre traitant, après une série d'admissions de Caroline à l'urgence suite aux procédures de divorce initiées par son premier conjoint, constatant chez-elle de la tristesse mais aussi des demandes d'aide plus appropriées, décide d'un plan d'admission de courte durée mais rapide axé sur la prévention d'acting out. Ainsi donc, avec l'évolution de la patiente, les facteurs familiaux sont de plus en plus pris en compte dans l'analyse de ses problèmes et contribuent à l'établissement d'une nouvelle orientation des soins. Il est ainsi possible de proposer (H) *que la prise en compte par les soignants des besoins et sentiments exprimés par la patiente est fonction de leur perception de l'état de souffrance et de besoin de la patiente; ces variables influençant aussi leur niveau d'investissement ainsi que la prise en compte des facteurs familiaux dans le traitement de la patiente.*

Le troisième épisode met de l'avant, chez les soignants, un investissement de type thérapeutique centré davantage sur une orientation de changement plutôt que de seulement stabiliser et maintenir l'état de la patiente<sup>55</sup>. L'orientation vers une ressource de désintoxication et la thérapie de couple en sont des exemples. Cela suit aussi une plus grande implication de Caroline à son traitement. Ainsi, un investissement plus important de la part de Caroline a pu contribuer à cette orientation.

Un autre facteur d'investissement semble avoir été la possibilité de recourir à la famille en tant que ressource. Jusque là, les efforts d'investissement thérapeutique sont toujours dirigés vers le premier conjoint de la patiente, qui semble avoir plus de ressources, de stabilité et de fiabilité que le deuxième pour stabiliser l'état de la patiente. En effet, la perspective d'un retour avec ce conjoint a un impact positif sur l'état de la patiente qui exprime alors clairement sa motivation à s'améliorer et qui montre

---

<sup>55</sup> Se référer aux catégories d'investissement présentées à la section "Investissement dans l'intervention thérapeutique" au Chapitre I.

aussi un plus grand investissement à l'égard des interventions qui lui sont offertes. L'on pourrait presque dire, qu'aux yeux des soignants, le premier conjoint représente un élément thérapeutique potentiel pour Caroline. Ainsi, comme il avait été évoqué précédemment (p. 96), l'investissement des soignants est encouragé, d'une part, par la motivation et un investissement plus élevés de la patiente et, d'autre part, par le fait qu'une solution viable, représentée ici par le premier conjoint, pourrait être mobilisée. Autrement dit, (H) *le niveau plus élevé d'investissement de la patiente et l'anticipation d'une ressource externe ont un impact positif sur l'investissement des soignants.*

Tel qu'évoqué au début de la présente section d'analyse, la perception chez les soignants d'un risque élevé associé à l'état de la patiente semble influencer leur type d'investissement. Que ce soit au deuxième épisode, alors que Caroline est hospitalisée suite à un geste suicidaire par strangulation, ou, au troisième, durant lequel la perspective d'acting out est associée à des mouvements de retrait du milieu familial, les actions des soignants semblent inspirées par la prudence. Les temps d'hospitalisation sont prolongés et les congés retardés. Cela rappelle la première admission de Caroline à l'urgence psychiatrique durant laquelle une partie des interventions avait porté sur l'évaluation de l'état de sécurité des enfants. Rassurés par le niveau de sécurité des enfants jugé satisfaisant, les soignants avaient cessé leurs interventions auprès des enfants et de la famille. Une hypothèse (p. 97) portant sur les limites des interventions, circonscrites principalement par des obligations légales dans un contexte d'urgence, avait alors été énoncée. Les données des deuxième et troisième épisodes suggèrent ces hypothèses, plus larges, que (H) *la perception d'un risque élevé pour la patiente et ses enfants conduit à une augmentation de la mobilisation des soignants et à un changement d'orientation de leurs interventions en vue de leur protection et que (H) l'investissement des soignants et le niveau de leur mobilisation sont influencés par le niveau de risque perçu pour la patiente et pour les enfants.*

En dépit d'un changement dans le type d'investissement, axé davantage vers le changement plutôt que seulement la stabilisation de l'état de la patiente, certaines interventions n'ont pas de suite. L'investigation en vue d'une contraception permanente pour la patiente en est un exemple. Le psychiatre traitant organise alors un rendez-vous qu'il obtient rapidement compte tenu des longs délais habituels pour obtenir des rendez-vous dans les différentes spécialités médicales. En dépit de délais très courts, la patiente n'y donne pas suite. On n'en connaît pas les motifs. Toutefois, la complexité du processus peut y être pour quelque chose. Il nécessitait en effet, de rencontrer un troisième intervenant pour une évaluation. Cette succession d'étapes a pu susciter chez la patiente, qui acceptait rarement l'aide proposée, la remise en question d'une décision aussi majeure. Dans des circonstances similaires impliquant une démarche continue de la part des patientes, il est recommandé de faciliter et assouplir les procédures relatives à la contraception (Apfel et Handel, 1993). L'insuccès de ces démarches, outre les contraintes liées à la pathologie de la patiente, peut s'expliquer par le fait que les soignants ont limité leurs actions de façon stricte aux actions prescrites par leurs rôles professionnels. Ainsi, il n'est pas implausible (H) *que les frontières habituelles du rôle professionnel du traitant tel qu'établi par*

*les paramètres de sa formation de spécialiste ou par les normes qui régissent son rôle dans le milieu de travail, ici le milieu hospitalier, concourent à déterminer le pattern des interventions observées (compartimentation, discontinuité ...).*

La difficulté du psychiatre traitant, observée dans certaines circonstances, à modifier son orientation auprès de cette patiente s'explique peut-être aussi par sa difficulté à modifier la perception qu'il a d'elle. Le psychiatre traitant eut, à maintes reprises, tendance à interpréter les problèmes du comportement de la patiente comme simplement de la manipulation. Par exemple, lorsque les enfants étaient exposés aux crises ou aux problèmes du comportement de Caroline qui se produisaient à domicile, le psychiatre maintint sa vision que la patiente ne représentait pas un danger pour sa famille. Aussi, il ne questionna pas la pertinence des retours répétés de la patiente dans sa famille. Lors de l'épisode où la patiente exprima son impression qu'une femme l'habitait et qu'elle pourrait tuer un de ses enfants, les soignants ont aussi eu de la difficulté à prendre en compte ce discours auquel ils accordèrent peu de crédit. D'autres données corroborent aussi cette hypothèse, par exemple celle relatant que la patiente a fait une crise devant les enfants, ce qui a inquiété son conjoint; celle que les enfants ont été impliqués dans le discours "délirant" de la patiente; et celle qu'elle leur a donné du xanax. Plutôt que d'y voir la crainte de la patiente de se retrouver en présence de ses enfants, les soignants ont eu tendance à interpréter ses propos comme des tentatives de nature manipulatrice pour se faire hospitaliser. Tout cela n'a pas empêché que l'on donne un congé rapide à la patiente. Et rien dans les données n'indique que des mesures aient été prises par les intervenants pour augmenter la sécurité des enfants. Dans ces circonstances, le psychiatre traitant accorda priorité aux demandes de la patiente qui désirait "revoir son conjoint et ses enfants".

Dans les situations où la patiente présente un cumul de problèmes du comportement ou des symptômes inhabituels, les soignants adoptent souvent une attitude de doute à l'égard de la patiente. Ce doute est fondé sur la perception que les comportements de la patiente ont des visées manipulatrices. Par exemple, ces comportements viseraient à prolonger l'hospitalisation ou à obtenir de l'attention plutôt que de refléter des émotions difficiles ou une certaine souffrance. Avec le temps et une meilleure connaissance de la patiente, ces perceptions auraient pu se cristalliser chez les soignants. Sans parler de préjugés, ces perceptions seraient dorénavant difficiles à remettre en question. Et une des conséquences serait la difficulté observable de prendre au sérieux et de reconnaître bon nombre des besoins de la patiente ainsi que des besoins qui s'y trouvent associés dans la famille. Une autre conséquence, découlant de la première, se manifeste dans la nature des interventions qui ne sont presque jamais remises en question. Par exemple, la poursuite de la thérapie de couple, compte tenu de la détérioration constante de la patiente et de sa relation de couple suscite un questionnement. Est-ce que cette intervention, justifiée au départ lorsqu'il s'agissait de rapprocher le couple, a été reconsidérée à la lumière de l'évolution de la patiente et de sa situation fluide lorsque l'objectif devint celui de négocier la séparation et que les rencontres de couple devinrent facteurs des bouleversements et des

déséquilibres pour la patiente. Les données n'autorisent pas à conclure à la non pertinence de poursuivre cette intervention, mais il paraît approprié de se questionner sur son bien fondé lorsque l'objectif qui l'avait justifiée cessa d'exister. Ces données suggèrent l'hypothèse (H) *que l'uniformité de la perception du soignant à l'égard de la patiente, à travers les diverses étapes de l'évolution de son état et à travers les changements qui ont marqué son environnement est reliée à la non variation ou au maintien de son orientation de traitement.*

#### 4.4.4 Investissement auprès des enfants

Lorsque le psychiatre mentionne dans ses orientations que Caroline doit maintenir le contact avec ses enfants, il est possible qu'il s'agisse davantage d'une préoccupation de répondre positivement au besoin exprimé par la patiente qu'à une préoccupation quant au bien-être des enfants. Cela pourrait répondre aux objectifs d'améliorer l'état de la patiente par le contact avec ses enfants et de ne pas compromettre l'alliance thérapeutique avec elle ce qui risquerait d'aggraver ses troubles du comportement. Il convient tout de même de s'interroger sur le fait que l'on ne perçoive pas davantage de risques pour les enfants et que l'on n'intervienne pas soit pour assurer leur protection soit pour soutenir la patiente en leur présence. Plusieurs explications sont plausibles bien que nous n'ayons pas de données explicitement reliées à ce cas pour les confirmer. D'une part, les soignants ont pu adhérer à des approches ou philosophies d'intervention pour lesquelles la personne traitée est au centre des interventions. D'autre part, la division des tâches relatives à la spécialisation a pu conduire les intervenants à se limiter aux seuls aspects pour lesquels ils sont spécialisés, en l'occurrence, dans le cas présent, la psychiatrie adulte. Enfin, s'occuper des enfants ajoutait aux problèmes déjà nombreux soulevés par cette patiente et risquait d'accroître ses problèmes de comportement. Aussi, bien qu'il soit difficile d'obtenir des données d'observation pour le confirmer, le fait de ne pas prendre en compte ou de nier la dangerosité pour les enfants peut correspondre à une façon pour le soignant de se protéger soit d'un surcroît de tâches et de responsabilités ou encore, de conséquences médico-légales possibles. Dans ces circonstances, le fait de se préoccuper des enfants risquerait de compromettre l'alliance thérapeutique avec la patiente et viendrait augmenter de façon considérable la complexité de l'intervention auprès d'elle. En se référant à la théorie des rôles, le psychiatre traitant se placerait ainsi en conflit de rôles.

Ces observations permettent d'entrevoir:

- (H) *que l'intégration d'interventions visant la famille -dont les enfants- dans le plan d'intervention élaboré pour la patiente contribuerait à la complexité des interventions et provoquerait le risque de compromettre l'alliance thérapeutique avec la patiente.*
- (H) *Ce risque de compromettre l'alliance thérapeutique fait en sorte que les*

*interventions des soignants sont dirigées principalement vers la patiente et exceptionnellement seulement vers sa famille.*

- *(H) Le fait de limiter l'intervention à la patiente et de ne pas prendre en compte le système familial peut relever de paramètres tels la formation des soignants et l'approche de spécialisation qui prévaut dans les milieux hospitaliers.*
- *(H) Le fait de limiter l'intervention à la patiente et de ne pas prendre en compte le système familial peut, vu l'impact de ce milieu sur son état, limiter l'impact ou l'efficacité de l'intervention thérapeutique.*

## **PARTIE II - NOUVELLE VIE DE COUPLE**

### **4.5 ÉPISODE 4 - L'ACCALMIE**

Cette deuxième étape, d'une durée de 18 mois, correspond à une période d'accalmie dans l'histoire de Caroline. La section qui suit met en évidence la relation entre son état plus stable et le fait qu'elle se trouve à plus grande distance de son entourage. Cette distance contribue à réduire considérablement ses responsabilités. En outre, le couple que forment la patiente et son nouveau conjoint, bien que dysfonctionnel, est beaucoup plus stable que le couple qu'elle formait avec son premier conjoint. L'accalmie au plan de la pathologie s'accompagne d'une accalmie au plan des interventions, laquelle pourrait contribuer, à son tour, à la stabilité de la patiente.

Au cours de cette période, Caroline n'est pas hospitalisée. Elle est admise à l'urgence psychiatrique à trois reprises pour des séjours de deux ou trois jours. En comparaison de la première étape de son histoire, ces admissions sont beaucoup plus espacées dans le temps. Elles sont toujours associées à des conflits familiaux dont, des querelles avec le conjoint actuel, des situations de rapprochement comportant des relations problématiques avec ses enfants qui vivent avec l'ex-conjoint.

Séparée de façon définitive de son premier conjoint et de ses enfants, Caroline est déménagée avec son deuxième conjoint, un toxicomane, le même avec qui elle avait vécu après sa première séparation. Le couple habite dans un logement de la maison des parents du conjoint.

Malgré le fait que Caroline voit peu ses enfants (environ une fois par mois et, en d'autres temps, par seuls contacts téléphoniques), elle n'est pas entièrement détachée de son rôle maternel et elle demeure

sensible aux conditions de visite des enfants. Durant cette période, elle demande au docteur Durant d'écrire une lettre à son avocat afin d'obtenir un avis quant à la question des visites de ses enfants. On ne connaît pas les motifs de cette demande mais il est probable qu'il y ait eu mésentente entre les deux ex-partenaires. Dans une lettre adressée à l'avocat de Caroline, le psychiatre émet l'avis que les contacts mère-enfants doivent être maintenus en présence d'un "tiers adulte responsable".

... Globalement mon avis n'a pas changé sur cette question. Je crois que madame .. devrait pouvoir rencontrer régulièrement ses enfants. En attendant qu'elle ait trouvé une certaine stabilité de ses émotions et un contrôle complet de son impulsivité, je suis d'avis que ces rencontres devraient se faire en présence d'un tiers adulte et responsable. Je crois que si cette condition est respectée, madame pourrait recevoir ses enfants chez elle avec son conjoint actuel. Des rencontres dans ce contexte pourraient être bénéfiques autant pour madame que pour ses enfants qui pourraient alors un peu mieux la situer de façon concrète. (Dossier médical, psychiatre traitant, URG, 13.10.88)

L'état de la patiente n'atteint pas l'état de crise mais les problèmes de toxicomanie sont plus aigus et quasi-constants. Le psychiatre traitant intervient, sans insister cependant, à l'égard de ce problème en la référant à une ressource d'aide pour toxicomanes, ce qui ne donne pas de résultats. Il continue de la suivre en clinique externe d'abord aux deux semaines puis au mois. Ses notes sont très sommaires. En dépit de ses problèmes de toxicomanie, le psychiatre traitant, acceptant son état comme normal pour elle, la décrit comme étant "à sa vitesse de croisière".

Il peut apparaître étonnant que la patiente puisse se maintenir à l'extérieur de l'hôpital dans de telles conditions de vie. Cela peut s'expliquer par le fait que la consommation de drogues chez la patiente puisse calmer suffisamment ses angoisses et puisse ainsi maintenir une relative stabilité. Il s'agirait donc d'un autotraitement. En outre, le fait qu'elle consomme avec son conjoint peut réduire le risque de conflit entre eux. D'ailleurs Caroline confirme cette hypothèse lors d'une entrevue ultérieure où elle parle de sa relation avec son conjoint actuel:

... dans ce temps-là j'en prenais de la drogue ... j'en ai pris pendant deux ans avec lui [deuxième conjoint] ... Depuis 2 ans, j'n'en prends plus mais depuis ce temps-là, on s'chicanaient tout l'temps ... t'es pas toi-même ... moi j'étais pas bien comme ça ... j'aime mieux être moi-même ... depuis 2 ans on se chicanne ... on n'est pas sa même longueur d'onde ... on n'a pas les mêmes buts dans vie ... quand y é dans cet état-là ... c'est pas intéressant ... . (Extrait d'entrevue, ERG/Caroline, 15.3.91)

Il arrive fréquemment que les parents du conjoint visitent le couple et constatent que le garde-manger est vide. D'ailleurs, ce comportement des membres de l'entourage incite le couple à déménager. Aussi, jusque là, en dépit de leur dysfonctionnement, Caroline et son nouveau conjoint arrivent à cohabiter ensemble sans trop de problèmes. Caroline explique:

Ca: ... avant qu'on déménage ... on restait juste en haut de chez-eux [parents du deuxième conjoint] ... pis mon beau-père y rentrait toujours chez-nous



sans frapper ... y v'nait voir c'qu'on avait dans l'frigidaire ... y r'gardait dans les armoires ... y trouvait tout l'temps qu'on avait rien à manger ... c'est pour ça qu'on é déménagé ... j'en pouvais pus ... là c'est plus p'tit mais au moins y é pas toujours rendu chez-nous ... (Extrait d'entrevue, ERG/Caroline, 15.3.91)

En somme, bien que l'état de la patiente ne soit pas optimal, il est suffisamment stable pour justifier, aux yeux de son psychiatre, qu'il n'entreprenne pas d'intervention majeure. Cette stabilité de l'état de la patiente, bien que relative, peut contribuer au fait que le psychiatre ne maximise pas son investissement auprès d'elle. En effet, les essais antérieurs d'investissement thérapeutique–transfert en hébergement ou en centre de désintoxication, thérapie de couple–ont plutôt conduit à des déséquilibres de l'état de la patiente, voire des crises. Ainsi, dans ce cas, l'orientation du soignant peut être fondée sur l'évitement de la déstabilisation de l'état de la patiente, en limitant les exigences relatives aux changements.

Cette relative stabilité masque un autre problème en émergence. Il est en effet question, dans les notes du psychiatre traitant, du désir de la patiente d'avoir un autre enfant. Les données à ce sujet sont peu nombreuses au dossier médical sauf la mention que la patiente "choisit de ne pas se faire installer de stérilet." Lors d'une entrevue ultérieure avec l'ergothérapeute qui la suivra au cours de la prochaine étape, Caroline explique son désir de grossesse, par le fait qu'elle ne pouvait plus tolérer cet état constant de toxicomanie et qu'elle espérait ainsi amener son conjoint à se prendre en main. Cette période d'accalmie se termine, quelques mois plus tard, avec l'annonce par la patiente qu'elle est enceinte.

## 4.6 RÉSUMÉ ET ANALYSE DE L'ÉPISODE 4

### 4.6.1 Évolution de la patiente et interaction avec sa famille

Les causes des déséquilibres de la patiente sont les mêmes que dans les épisodes précédents. Toutefois, le présent épisode se caractérise par la réduction de la fréquence des contacts et des conflits familiaux, particulièrement, avec les enfants. Alors que jusque là les crises de la patiente étaient attribuées en grande partie au conflit conjugal, il apparaît plus clairement, dans cette deuxième partie, (H) *que le rôle maternel puisse être un des facteurs de déséquilibre chez cette patiente et qu'une certaine mise à distance de ce rôle, plus que la présence du nouveau conjoint, permet de maintenir un équilibre relatif de son état de pathologie.* Il est plausible de penser que la diminution des contacts entre la mère et les enfants laisse moins de place aux conflits, aux réactions de rejet de la part des enfants et aux réactions négatives de la patiente. Jusque là, Caroline parvenait à établir une distance de son rôle maternel par la fuite du milieu familial et les admissions à l'hôpital. Toutefois, sa nouvelle relation de couple, exempte de responsabilités maternelles, permet aussi de maintenir à distance son rôle maternel.

Les données de cette deuxième partie de l'histoire de Caroline, suggèrent que l'accalmie observée au plan des déséquilibres et crises de la patiente soit reliée à une accalmie au plan des conflits conjugaux et familiaux. Les habitudes de consommation de drogues, par les effets qu'elles comportent, peuvent aussi induire un certaine accalmie au plan des conflits conjugaux et contribuer de cette façon à une certaine stabilité de l'état de la patiente. À la différence des épisodes précédents, dans ce contexte, Caroline n'est jamais "abandonnée" par ce conjoint. Les données ci-haut montrent que tant que Caroline consomme des drogues avec son conjoint, la fréquence des conflits entre eux est diminuée. Ceux-ci augmentent lorsqu'elle cesse de consommer. Dans les conditions où les deux partenaires consomment, il est probable que les attentes l'un envers l'autre soient minimales. Cela pouvait être différent dans le milieu familial précédent où le conjoint ne consommait pas et où la seule présence des enfants créait des attentes de rôle maternel, lesquelles sont inexistantes dans ce nouveau contexte. En somme, pour Caroline, bien qu'elle se trouve dans des conditions insatisfaisantes, le rôle de conjointe pourrait être joué plus aisément s'il ne comporte pas trop de responsabilités, celles-ci pouvant être estompées par les habitudes de consommation de drogues. De plus, son rôle maternel, bien qu'à distance, lui fournit la possibilité de maintenir des contacts relativement harmonieux avec ses enfants sans en assumer la prise en charge. Ces observations suggèrent une hypothèse similaire à d'autres évoquées lors d'analyses précédentes: *(H) devant le fait que les rôles familiaux –conjugal et maternel–comportent des exigences auxquelles la patiente ne se sent pas apte à répondre, le maintien de son équilibre exige d'elle qu'elle se distancie de ces rôles mais dans une proximité lui permettant néanmoins de maintenir des relations harmonieuses avec ses enfants et son conjoint.*

#### **4.6.2 Investissement des soignants**

Cette accalmie au plan des états de pathologie de la patiente s'accompagne d'une diminution des interventions reliée, en grande partie, à l'absence d'hospitalisation et au maintien d'un investissement minimal de la part du psychiatre traitant, le seul soignant à intervenir auprès de la patiente au cours de cette phase. S'il arrive qu'il recommande à la patiente de se faire traiter pour sa toxicomanie, il ne semble cependant pas avoir d'exigence précise à ce sujet. En effet, il poursuit le suivi sans établir de conditions de traitement par rapport à la toxicomanie.

Durant le quatrième épisode, le psychiatre émet, pour la première fois, à la demande de Caroline, un avis clair sur ce que devrait être les paramètres des rencontres de la patiente avec ses filles. Il ne semble pas considérer le conjoint actuel de la patiente comme suffisamment fiable pour assister la patiente dans son rôle maternel. Il recommande, en effet, que les visites des enfants se déroulent en présence d'un "tiers responsable". Bien qu'il n'ait pas mentionné clairement que le conjoint n'était pas ce "tiers responsable", ce message est implicite dans sa note. Le psychiatre peut ici faire preuve d'une certaine préoccupation face aux enfants en recommandant que le milieu, où elles doivent être reçues, soit plus

sécuritaire. Il n'y a toutefois pas de suite à ses recommandations. Les données disponibles ne permettent pas d'expliquer l'absence d'engagement à l'égard de ces recommandations. Est-ce qu'un tel engagement aurait dû relever du psychiatre lui-même, de l'avocat qui avait demandé l'avis du psychiatre ou encore de la DPJ ? L'absence d'un investissement à cet égard est un autre indice de la non prise en compte de l'impact des problèmes de la patiente sur son rôle maternel. Ces indices s'ajoutent aux indices de même nature dans les épisodes précédents.

Le recours à la directivité est un autre élément qui diffère selon les épisodes examinés. Le contexte d'intervention semble être un facteur pouvant influencer le recours à la directivité. Au quatrième épisode, la démarche du psychiatre traitant, que ce soit à l'égard du problème de toxicomanie, des conditions de vie à risque pour les enfants ou à l'égard du projet de grossesse de la patiente ne comporte aucune directivité; elle n'est que suggestive. L'attitude directive n'a été observée chez ce soignant qu'à quelques reprises lors des épisodes où la patiente présentait des problèmes sévères du comportement et ce, dans le contexte où elle était hospitalisée. Les données suggèrent que la directivité avait alors la fonction de faire pression sur la patiente pour accélérer le processus de son congé. Une relation entre l'apparition d'un certain niveau de directivité et le désinvestissement potentiel du psychiatre traitant fut évoquée précédemment (p. 96).

Par ailleurs, la directivité ne peut être associée exclusivement au désinvestissement. En effet, au deuxième épisode, le psychiatre, qui avait remplacé le docteur Durant au cours d'une hospitalisation de la patiente, soumis aux pressions de la patiente qui demandait son congé, réagit avec une certaine fermeté et directivité. Considérant qu'un congé comporterait trop de risques pour Caroline, il a néanmoins maintenu une écoute à son égard tout en admettant une négociation entre elle et lui. Un autre facteur, de nature organisationnelle, peut aussi influencer le niveau de directivité chez les soignants soit, le contexte d'intervention (hospitalisation vs suivi en clinique externe). Par rapport au contexte d'hospitalisation, celui de la clinique externe comporte relativement peu de contraintes. On n'insiste pas, par exemple, pour que la durée d'un traitement soit courte ni que l'on tienne autant compte des contraintes budgétaires. La pression qu'exerce ces contraintes sur la directivité étant réduite, le besoin de directivité s'en trouve amoindri. D'autre part, dans le contexte d'intervention en clinique externe, où la fréquence des rencontres et le nombre des soignants sont moindres, où les rapports sont souvent moins confrontants et où le nombre de soignants est moindre, la patiente subit moins de pressions pour s'améliorer. Il se peut que ces conditions aient contribué à la stabilité de son état et à une relation plus positive entre elle et son psychiatre. En somme, l'on n'observe pas, dans ce contexte, le climat de méfiance ou d'affrontement qui caractérisait la première partie de l'histoire de Caroline. Ces observations suggèrent (H) 1) *que des facteurs reliés aux soignants dont une tendance au désinvestissement et la perception d'un risque élevé associée à l'état de la patiente et 2) que des facteurs organisationnels tel le contexte d'hospitalisation, en raison des obligations inhérentes à l'efficacité administrative, sont associés à un niveau plus élevé de directivité chez les soignants de*

*Caroline; et que par, ailleurs, (H) selon le degré d'écoute envers la patiente, le niveau de directivité est associé à une transformation de la relation patiente-soignant concernant le rapport de lutte/négociation entre eux.*

En somme, les données examinées après les deux premières parties de l'histoire de Caroline suggèrent:

*i) que la capacité de Caroline à fonctionner à l'extérieur du milieu hospitalier serait fonction d'une distanciation de ses rôles maternel et conjugal dans une proximité lui permettant néanmoins de maintenir des relations plus harmonieuses avec ses enfants et son conjoint,*

*ii) qu'en l'absence de cette proximité, l'implication dans une relation de couple, indépendamment des conditions de vie où elle se trouve, en lui permettant d'éviter l'isolement contribue à la stabilité de la patiente*

*iii) que les interventions comportant un niveau élevé d'exigences sont associées à un éloignement de la patiente du système d'intervention,*

*iv) que l'éloignement de la patiente du système d'intervention s'associe à une détérioration subséquente de son état selon les conditions du milieu familial et les responsabilités inhérentes à ce milieu,*

*v) que la tendance au désinvestissement et la perception d'un risque élevé associée à l'état de la patiente chez les soignants sont associées à un niveau plus élevé de directivité envers la patiente.*

*vi) que le contexte d'hospitalisation, en raison des obligations inhérentes à l'efficacité administrative, est associé à un niveau plus élevé de directivité chez le soignant de Caroline et*

*vii) que, par ailleurs, selon le degré d'écoute envers la patiente, ce niveau de directivité est associé à une transformation de la relation patiente-soignant concernant le rapport de lutte/négociation entre eux.*

### **PARTIE III - LE TROISIÈME ENFANT**

La troisième et dernière partie de l'histoire psychiatrique de Caroline couvre sa troisième grossesse et la première année de vie du nouvel enfant. Cette section décrit le déséquilibre créé par l'arrivée de l'enfant et les perturbations pour la patiente et sa famille ainsi que pour les soignants qui s'en occupent. La patiente est hospitalisée durant une grande partie de cette étape.

#### **4.7 Épisode 5 - La grossesse**

La troisième partie s'amorce avec un bref séjour à l'urgence psychiatrique pour Caroline. L'élément déclencheur est attribuable, selon le docteur Durant, au fait que le conjoint se soit trouvé un emploi et que la patiente vive cela comme de l'abandon. On apprendra plus tard, toutefois, que cette admission correspond aussi au début de la troisième grossesse de Caroline. Les données ne permettent pas de savoir si elle connaissait son état à ce moment car il n'y a aucune mention de sa grossesse au dossier médical. On sait, par ailleurs, que, depuis un certain temps, elle parlait avec son psychiatre traitant de son désir de grossesse.

Après ce bref séjour à l'urgence, le suivi psychiatrique se poursuit en clinique externe. C'est à l'une de ces rencontres en externe que Caroline, alors enceinte de deux mois, annonce sa grossesse à son psychiatre. On ne trouve aucun commentaire du psychiatre à cette nouvelle dans ses notes. Il la réfère immédiatement en gynécologie-obstétrique. Caroline ne se présentera qu'aux deux premiers rendez-vous avec le gynécologue. Dès le premier rendez-vous, le gynécologue réfère Caroline à une diététiste qui, après évaluation, note chez-elle un problème important de carence alimentaire. Les recommandations pour améliorer son alimentation ne seront pas suivies.

Caroline est réadmise à l'hôpital, en psychiatrie, au troisième mois de grossesse, en raison d'un état de crise qui durera jusqu'à la fin du quatrième mois de grossesse. Au cours de cet épisode, d'une durée approximative de deux mois, la patiente sera réadmise à trois reprises à l'urgence psychiatrique. Pour deux de ces admissions, elle est hospitalisée pour des périodes de quelques semaines.

Durant cette période, Caroline présente un état dépressif comportant un risque suicidaire élevé. Il s'accompagne de problèmes physiques et de troubles du comportement dont l'automutilation. Elle exprime beaucoup d'ambivalence—elle veut tantôt garder l'enfant tantôt se faire avorter—et de culpabilité à l'égard de ce dernier: les drogues qu'elle a prises librement durant le début de sa grossesse auraient-elles des conséquences négatives pour l'intégrité physique du bébé ? Elle s'inquiète également de ses capacités à assumer des responsabilités parentales, et, plus encore, de celles de son conjoint: en

effet, elle s'inquiète et se plaint constamment de sa consommation incontrôlée de drogues qui la met à risque, elle, ainsi que son futur bébé.

Le docteur Durant, quant à lui, attribue d'abord la décompensation de la patiente à un conflit au sein du couple plutôt qu'à la grossesse. Ce n'est qu'après trois semaines d'un suivi plus intensif qu'il indiquera au dossier que cet état de "régression" de la patiente peut, en effet, être attribuable à la grossesse.

Caroline profère des menaces suicidaires sérieuses dont la menace de "se couper la gorge". Le docteur Durant explique ces menaces comme des demandes d'attention de la patiente à l'égard de son conjoint. Il évoque la possibilité d'une longue hospitalisation qui pourrait durer jusqu'à la fin de la grossesse. Il prévoit alors rencontrer le conjoint qui se plaint des comportements de la patiente. Les données qui suivent montrent l'état de crise dans lequel se trouve le couple lors d'une des admissions à l'urgence puis rendent compte de la perception du psychiatre traitant à l'égard de la patiente:

... pte amenée par l'ami parce qu'elle menaçait de se couper la gorge ... pte connue, enceinte de 4 mois, non mariée, mère de 2 enfants, 2 filles de 9 et 10 ans ... son ami est avec elle et il révèle que la patiente le tient à sa merci avec ses menaces suicidaires s'il s'éloigne d'elle ... [patiente] le réclame [ami] avec insistance en menaçant de se suicider ... a peur que le bébé soit déformé à cause des drogues ... a peur qu'on lui enlève comme les autres enfants qui sont avec le 1er mari ... a peur de ne pas être une bonne mère ... voudrait se faire avorter mais préfère se tuer plutôt ... ne sait plus quoi penser de tout cela ... son mari ne peut aller travailler à l'extérieur sinon se sent abandonnée ... s'inquiète quand elle ne sent pas le bébé bouger ... pense que si elle reçoit son congé ce soir elle passerait à l'acte ... (Dossier médical, psychiatre de garde, URG, 18.06.90)

... patiente borderline bien connue ... recrudescence d'une angoisse sévère et paralysante ... angoisses reliées aux problèmes de séparation et à la régression qui s'est installée depuis le début de la grossesse ... je crains que la grande fragilité de la patiente oblige une hospitalisation jusqu'à l'accouchement. Pas de projets suicidaires ici mais à cause de son trouble de caractère une discrète surveillance s'impose ... semble prendre tous les moyens pour qu'on s'occupe d'elle ... nous n'avons pas de marge de manoeuvre car elle est capable des acting out les plus surprenants ... observation en zone sécuritaire ... réintroduisons les benzodiazépines qui aident à la calmer. Risques expliqués ... rencontre prévue demain avec l'ami dans l'espoir de clarifier le traitement ... (Dossier médical, psychiatre traitant, HÔP, 19.06.90)

Après sa rencontre avec le conjoint de Caroline, le docteur Durant décrit le problème du couple comme étant relié à l'immaturité des deux partenaires et aux problèmes du comportement de la patiente qui manifeste des besoins importants d'attention. Il écrit:

... Il n'y a pas de projet suicidaire et il est clair que l'immaturité des 2 partenaires s'accommode mal de l'insécurité entraînée par la grossesse ... Mme fera un effort pour cesser ses menaces lorsqu'elle n'a besoin que d'attention ... convenons de garder Mme hospitalisée aussi longtemps que possible ... sera évaluée en ergothérapie et éventuellement

intégrée ... j'autorise des sorties le soir, accompagnée de son ami ... . (Dossier médical, psychiatre traitant, HÔP, 20.06.90)

Le docteur Durant s'oriente vers une hospitalisation au cours de laquelle il sera remplacé par le même psychiatre qui l'avait remplacé au deuxième épisode, le docteur Gibeault. L'état de Caroline est très fluctuant au point où le psychiatre remplaçant doit l'hospitaliser aux soins intensifs. Elle demande une haute surveillance en raison de ses comportements autodestructeurs. Notons, entre autres, une chute qu'elle a faite que les soignants attribuent, dans un premier temps, à une chute de pression mais que la patiente explique par son désir, à ce moment, de perdre le bébé. Au cours de l'hospitalisation, Caroline est référée puis intégrée en ergothérapie. Les rencontres avec l'ergothérapeute permettent d'obtenir des informations plus précises quant au fonctionnement de la patiente. Elle écrit:

... se sent fatiguée, déprimée ... pas le goût de rien faire ... patiente sait ce qu'elle doit faire mais n'a pas le désir de le faire ... se sent rejetée de sa famille et belle-famille ... se sent présentement inadéquate dans son rôle de mère ... . ... rapporte qu'à la maison, restait assise toute la journée, buvait du coke, ne faisait qu'un repas par jour ... voudrait connaître organisme pour linge, meubles de bébé gratuits ... l'avons inscrit 3 fois/semaine aux groupes d'ergothérapie ... pour stimuler la valorisation de madame à travers une activité, augmenter les relations inter personnelles favoriser la reprise de certaines activités et espérer le développement de nouveaux intérêts chez madame ... allons la voir en individuel 1 fois/semaine afin de stimuler la prise en charge graduelle par madame de ses responsabilités ... . (Dossier médical, ERG, HÔP, 06.07.90)

Caroline obtient son congé après trois semaines d'hospitalisation suivant une légère amélioration de son état. Elle appuie sa demande de congé par une demande de poursuivre les interventions en ergothérapie en clinique externe. Elle fait ainsi preuve d'une certaine motivation à investir dans un traitement. Les interventions en ergothérapie n'étant pas une condition essentielle à son congé, la patiente l'obtient sans que l'ergothérapeute n'ait pu la rencontrer pour en discuter. L'ergothérapeute a tenté, par la suite, de communiquer avec elle pour organiser un suivi en externe. Après quelques tentatives infructueuses de la rejoindre l'ergothérapeute cesse ses interventions et ferme le dossier d'ergothérapie. On peut y lire:

... suite à son congé de fin de semaine elle [Caroline] a demandé son congé final à son médecin, même si celui-ci [congé] n'avait pas bien été (boisson le samedi, garde de ses filles toute la journée, le dimanche) ... démontrait de l'intérêt pour l'ergothérapie et même a souligné vouloir être suivie en externe pour éviter l'inertie installée chez-elle par l'arrêt de toutes activités ... ne pouvons rejoindre Madame par téléphone car elle a déménagé dernièrement ... n'avons pu obtenir les nouvelles coordonnées pour un suivi en externe. Fermons le dossier (d'ergothérapie). (Dossier médical, ERG., HÔP, 13.07.90)

Le traitement de Caroline se poursuit cependant en clinique externe. Elle revient à l'urgence douze jours plus tard après avoir pris une douzaine de rivotrils. La présente crise est associée aux comportements du conjoint qui "dépenserait tout l'argent pour de la drogue". Il aurait vendu tous les

biens de la patiente. De plus, le couple est en difficulté financière en raison des "nombreuses dettes contractées par l'ami". Il apparaît, ainsi, assez clairement, qu'elle se sent dépassée par sa situation familiale actuelle et incapable de s'occuper de l'enfant à venir. Le psychiatre de garde décrit avec détails les préoccupations de la patiente quant à sa future maternité:

... refuse cette grossesse ... Se sent incapable de s'occuper du bébé, ils voulaient pourtant cet enfant ... essayaient d'avoir enfant depuis plusieurs mois ... se sent dépassée ne supporte pas tous les symptômes de grossesse ... n'a pas supporté la vie à l'extérieur après sa sortie ... a recommencé à prendre du hash et cocaïne (1/2 on. tous les 5 jours) ... pense que son ami ne sera pas capable d'arrêter de se droguer, qu'elle n'est pas capable ni en mesure de se débrouiller, donc pense au suicide ... calme, un peu ralenti par prise de médicaments (12 rivotrils) ... bon contact, s'exprime avec certaine lassitude, attitude triste, morose ... (Dossier médical, psychiatre de garde, 22.07.90)

Caroline fait preuve d'une conscience de plus en plus aigüe de sa situation et de ses problèmes conjugaux et son inquiétude à l'égard de l'enfant s'accroît. Aussi, elle demande de façon insistante un avortement; elle est à 21 ou 22 semaines de grossesse. Pour la première fois, le docteur Durant évoque la possibilité que Caroline puisse se sentir dépassée par les responsabilités qui l'attendent. En raison de cette situation et de la demande pressante de Caroline pour un avortement, le psychiatre demande une consultation en gynéco-obstétrique pour évaluer la possibilité de procéder à un avortement. Dans la note qui suit, il exprime le sentiment d'être dans une impasse et sa perception d'être un "acteur passif" à l'égard de cette situation.

... Pas activement psychotique. Toutefois, très fragile et présente des phénomènes prépsychotiques qui n'interfèrent pas avec sa capacité de prendre des décisions ... a consommé ++ coke et hash depuis 1 semaine ... a pris 20 rivotrils 2mg. il y a 2 jours pour "tuer son bébé" ... revendique avortement avec fermeté et constance pour la première fois ... serait à 21-22 sem. de grossesse ... pas de projets suicidaires ... Madame .. dégingole lentement ce qui suggère que ses moyens d'adaptation sont dépassés ... Bien qu'il soit certain qu'il y a ambivalence dans sa position (grossesse), il est devenu clair qu'elle ne sera pas en mesure de s'occuper de son enfant et qu'elle sera même un danger et, que sa décision (avortement) est réaliste ... il était prévisible que sa grave problématique borderline l'amènerait à attendre à la dernière limite de faisabilité médico-légale pour prendre cette décision ... nous n'avons d'autres possibilités que d'attendre et d'accepter le rôle d'acteurs passifs de ce psychodrame ... nous allons demander aux spécialistes concernés de se pencher avec diligence sur ce problème d'avortement ... (Dossier médical, psychiatre traitant, URG, 23.07.90)

Le gynécologue consultant fait des démarches auprès d'établissements qui accepteraient de procéder à cet avortement, étant lui-même inquiet pour la patiente qui continue de proférer des menaces suicidaires si l'on n'accepte pas sa demande. Mais, la grossesse est trop avancée pour que les établissements, qui procèdent habituellement aux avortements thérapeutiques, puissent le faire en respectant les règles et la législation. Il expose le problème ainsi:

Le [nom de l'hôpital] ne pratique pas d'IVO pour des grossesses > 12 semaines ... j'ai



contacté l'hôp(nom). ... qui offre les mêmes services et cessent de pratiquer les IVO pour grossesses > 12 semaines ... L'(nom de l'hôpital).. pratique les IVO jusqu'à 20 sem ... L'Hôp(nom).. pratique les IVO mais la clinique est fermée jusqu'au 30 juillet ... il n'y a aucun CH à Montréal selon mes renseignements qui pratique les IVO pour des grossesses > 20 sem ... il est possible d'obtenir des services aux EU ou dans certaines cliniques privés aux frais de la patiente ... . (Dossier médical, gyn. consult., URG, 23.07.90)

Les notes au dossier des différents soignants montrent l'absence de coordination entre eux. L'inquiétude du gynécologue à l'égard des menaces suicidaires l'amène à référer Caroline au service social médical<sup>56</sup>. Le service social médical refuse cette demande en raison du fait que la patiente est déjà suivie au département de psychiatrie où il y a des travailleurs sociaux disponibles. Cela est indiqué comme suit:

Patiente est bien connue et suivie de près par la clinique externe de psychiatrie ... Étant donné la problématique borderline de cette patiente, il serait contre-indiqué d'intervenir dans ce processus et préférons que Dr.. [psychiatre traitant] concentre les interventions. Il peut au besoin recourir au service social dans un contexte précis ... . (Dossier médical, service social médical, URG, 24.07.90)

Bien qu'elle doive poursuivre sa grossesse, l'état de Caroline se stabilise et le docteur Durant lui donne son congé le lendemain de son arrivée à l'urgence, en dépit du geste suicidaire posé trois jours auparavant. Le psychiatre explique cette amélioration par le fait que l'ambivalence quant à la grossesse n'est plus possible pour la patiente. Elle obtient alors son congé de l'hôpital sans qu'aucun suivi relatif à la grossesse et à la préparation à la maternité ne soit organisé de façon formelle par le milieu hospitalier.

Lors d'une entrevue avec son psychiatre en clinique externe, peu de temps après, Caroline évoque l'idée de faire adopter son bébé. Dans sa note, le psychiatre fait part de son impression qu'il s'agit d'ambivalence plutôt que d'un désir réel de la part de la patiente et aucune indication quant à une intervention dirigée en ce sens n'est présente au dossier ni même rediscutée. Le docteur Durant lui recommande plutôt de se référer au CLSC, où des démarches avaient déjà été entreprises par un des externes qui l'avait évaluée lors d'une admission précédente à l'urgence, pour qu'elle y soit prise en charge pour la durée de la grossesse et du post-partum. Il lui laisse donc l'initiative de "faire les démarches utiles" pour obtenir de l'aide extérieure que ce soit au CLSC ou à la Sécurité du revenu (BES). En outre, il compte sur la belle-famille de la patiente pour lui venir en aide. Il n'est pas indiqué au dossier si Caroline entreprend un suivi au CLSC ou encore s'il y a eu des communications entre les soignants du milieu hospitalier et ceux du CLSC pour établir une concertation. D'autres informations obtenues dans le cadre d'entrevues faites ultérieurement avec une infirmière du CLSC, où Caroline a consulté, et avec sa belle-soeur, qui prendra éventuellement la garde de l'enfant, montrent que Caroline

---

<sup>56</sup> Le service social est constitué de deux services distincts qui desservent la clientèle psychiatrique ou à la clientèle hospitalisée sur les autres unités médicales du centre hospitalier. On y trouve donc deux équipes de travailleurs sociaux qui n'ont pas ou ont très peu de liens entre eux. Se référer, pour plus de détails, à la section *Les services et les unités de soins* au chapitre portant sur le contexte particulier.

a effectivement bénéficié d'un suivi par le CLSC. En fait, pour la suite de sa grossesse, Caroline a été suivie par son psychiatre en clinique externe et par une infirmière du programme Enfance-famille de son CLSC. Cette infirmière a suivi Caroline deux fois par semaine vers la fin de sa grossesse et pendant quelques semaines après la naissance de l'enfant. Des données obtenues lors d'une entrevue tenue ultérieurement avec la belle-soeur du conjoint montrent qu'en dépit de ce suivi, Caroline se préparait très peu à la venue de l'enfant: Elle ne mangeait pas, elle buvait du "pepsi diet" pour ne pas engraisser. On ne retrouve aucune de ces données sur le suivi ou le fonctionnement de Caroline à son dossier médical. Tout comme si la grossesse n'était, en rapport avec la santé mentale de la patiente, qu'un épiphénomène, quelque chose se passant en marge, sans lien avec le problème psychiatrique.

## **4.8 RÉSUMÉ ET ANALYSE DE L'ÉPISODE 5**

### **4.8.1 Évolution de la patiente et investissement des soignants**

Cet épisode confirme, comme il avait été évoqué à l'étape précédente où la patiente avait bénéficié d'une accalmie, l'impact aggravant de la charge parentale, qu'elle soit perçue, anticipée ou réelle, sur l'état de pathologie de Caroline et sur les problèmes du couple. L'on constate en effet, une augmentation importante des émotions dysphoriques et des symptômes chez la patiente donnant lieu à de nombreuses admissions à l'hôpital.

En dépit de problèmes très sévères, après chaque séjour à l'hôpital, Caroline retourne toujours dans des conditions de vie détériorées et avec très peu de soutien. Le fait d'encourager la patiente à poursuivre son suivi en obstétrique, en diététique et au CLSC peuvent être considérées comme des suggestions préventives en vue d'éviter des problèmes plus importants, par la suite, tant pour la patiente que pour son bébé. Toutefois, à l'exception du suivi au CLSC, ces interventions ne constituent pas un suivi mais plutôt des références ailleurs sans suivi. Ces interventions ne sont pas suffisantes puisque la patiente ne poursuit pas les démarches suggérées. Étant donné l'ambivalence et les revirements fréquents de position observés chez la patiente jusqu'ici, il est plausible de penser que le maintien de telles interventions aurait nécessité de la part du psychiatre traitant qu'il fasse une certaine pression voire qu'il impose d'autorité un réel suivi des actions ou interventions qu'il avait entreprises ou suggérées. En d'autres termes, dans le présent cas, les interventions préventives, pour qu'elles aient pu être efficaces, auraient nécessité un certain degré de directivité et de suivi. Une attitude plus directive de la part du psychiatre, liée à des exigences envers la patiente, risquait, toutefois, d'induire ou d'encourager un climat de lutte entre la patiente et le soignant, comme cela a été observé dans les situations antérieures de congé définitif. Aussi, le fait d'insister ou de faire pression sur la patiente entraînait le risque de réactions négatives chez la patiente, lesquelles auraient pu recréer un déséquilibre chez la patiente et obliger sa réadmission à l'hôpital. La note suivante montre le dilemme dans lequel se trouve l'externe

qui, sous la supervision du psychiatre traitant, suit la patiente lors d'un de ses séjours à l'urgence. La patiente lui demande alors un congé définitif suite à un congé temporaire mouvementé:

... Impression: il faudrait s'assurer du sérieux de son désir de se prendre en main ainsi que sa capacité de mener à terme la grossesse avec un minimum de rechute et de retombées néfastes pour elle et le bébé avant de lui donner congé. Cependant, de notre côté il ne faut pas tomber dans une attitude paternaliste à vouloir prendre en charge la patiente au-delà des indications très importantes ... . (Dossier médical, MD/externe, SI, 07.07.90)

Durant cet épisode, plusieurs soignants ont eu à s'impliquer auprès de Caroline. Les données cependant montrent que les communications interprofessionnelles et les mécanismes institutionnalisés de concertation sont inexistantes.

Revenons aux contacts entre les soignants des diverses spécialités, pour l'épisode portant sur la question de l'avortement. D'un côté le psychiatre traitant réfère Caroline à un gynécologue qui, après avoir fait son évaluation, réfère la patiente au service social médical. Les travailleurs sociaux du service médical refusent d'entreprendre une intervention auprès de la patiente et la renvoient au psychiatre traitant. Rappelons que la patiente avait déjà été suivie par des travailleuses sociales en psychiatrie. Bien que le refus des travailleurs sociaux soit compréhensible, l'on constate chez ces intervenants, comme chez tous les autres soignants impliqués, l'absence de communication directe entre eux en dépit de la complexité de la situation. Toutes les communications passent par le dossier médical et les références se font sans jamais de contact direct entre les soignants. Cette façon de procéder donne l'impression que les soignants interviennent dans un cadre très circonscrit faisant en sorte qu'ils suivent les normes et prescriptions relatives à leurs tâches habituelles, sans plus. Pareille façon de procéder peut être très acceptable, voire valorisée, dans un milieu empreint d'une philosophie d'intervention fondée sur la spécialisation qui favorise la division des tâches. La division des tâches, cependant, pour être efficace et efficiente, requiert que soit établie une coordination adéquate qui assure une complémentarité fonctionnelle entre ces tâches.

Comment expliquer cette carence? Dépasser les limites appartenant au champ d'action de chacun des départements ou services est envisageable dans toute bureaucratie professionnelle. En effet, les professionnels bénéficient d'une marge de liberté plus grande que celle offerte à d'autres corps d'employés<sup>57</sup>. Toutefois, dans un milieu de pratique fondé sur la spécialisation, le fait d'aller au-delà des interventions habituelles dans de telles circonstances pourrait être perçu non pas comme une attitude responsable envers la patiente mais comme une dérogation aux normes, implicites ou explicites, du milieu. Cela pourrait placer les soignants en conflit de rôles<sup>58</sup>. Dans un contexte de bureaucratie professionnelle et de pratique marquée par la spécialisation, les communications via le

<sup>57</sup> Se référer au Cadre Analytique, au chapitre I, à la section portant sur la bureaucratie professionnelle.

<sup>58</sup> Se référer au Cadre Analytique, au chapitre I, à la section portant sur le rôle.

dossier médical ou les formulaires de référence sont formelles et peuvent être perçues comme plus efficaces mais ne sont pas nécessairement plus efficaces pour la patiente.

En somme les données permettent d'avancer:

*(H) que la carence des communications interprofessionnelles du milieu hospitalier est liée, du moins en partie, à la division du travail, (H) que cette division du travail est reliée à la spécialisation des tâches et aux normes qui régissent les interactions et les attentes de rôle dans ce milieu, et (H) qu'en l'absence de mécanismes de coordination efficaces, cette carence des communications s'associe à une réduction de l'efficacité des soins.*

En résumé, l'intervention auprès de cette patiente enceinte ne comporte que très peu d'éléments de nature préventive ou thérapeutique tenant compte des capacités parentales du couple ou du niveau d'organisation de leur milieu de vie. Une organisation de soins, curatifs ou préventifs, tel un système d'accompagnement avec visites à domicile renforcées d'un appui concret dans le milieu de vie, aurait exigé que les soignants aillent au-delà de leurs activités de rôle habituelles pour accomplir des tâches nouvelles. Cela aurait cependant obligé à des changements dans la pratique de certains d'entre eux et, donc, à la remise en question de certains rôles tels que définis présentement. Autrement dit, l'entreprise de nouvelles activités de rôle—à des fins préventives dans l'exemple cité—aurait risqué d'amener les soignants sur un terrain au-delà des limites conventionnelles du champ thérapeutique. Par ailleurs, le fait de ne pas entreprendre de telles activités n'est vraisemblablement pas sans lien avec la rechute constante de la patiente, ni avec la reprise, de multiples fois, du traitement, ni, si l'hypothèse formulée plus haut est plausible, avec le faible investissement des soignants. La possibilité que de telles interventions préventives puissent requérir une attitude plus directive et comporter un risque de compromettre l'alliance thérapeutique n'invalide pas cette vision des choses.

#### **4.9 ÉPISODE 6 - L'ACCOUCHEMENT**

L'état psychiatrique de Caroline demeure stable durant la suite de sa grossesse. Cet épisode, le sixième, portant sur la période entourant l'accouchement illustre cependant les difficultés de communication et l'absence de coordination interprofessionnelles auxquelles on a fait allusion plus haut.

Un mois avant l'accouchement, Caroline commence à ressentir des contractions. Cela l'amène, accompagnée de son conjoint, à se présenter à trois reprises à l'unité d'obstétrique. Il s'agit du même centre hospitalier où elle est suivie en psychiatrie. A chaque fois, elle est retournée chez elle après que les soignants aient constaté un "faux travail". Certaines des informations contenues dans les notes des soignants en obstétrique ne sont pas concordantes avec les informations déjà au dossier. Par exemple,

Caroline indique aux soignants en obstétrique qu'elle n'a pas pris de drogue au cours de la grossesse alors que son dossier indique le contraire:

... autres grossesses ont bien été ... Habitudes: tabac: 1 paquet par jour ... Alcool: à l'occasion, pas pendant la grossesse ... Drogues: hash mais pas pendant la grossesse ... (Dossier médical, MD/OBST, 10.11.90)

Ces informations étaient pourtant inscrites au dossier médical de Caroline. Cela laisse voir que les soignants en obstétrique n'ont pas étudié le dossier et que, pour leur évaluation, ils se sont basés uniquement sur les informations données par la patiente. Il est apparent qu'aucun contact n'a eu lieu entre les soignants en obstétrique et le psychiatre traitant.

Caroline accouche d'un garçon après 41 semaines de grossesse. L'accouchement est naturel et à terme. Son déroulement ne pose pas de problème particulier. La mère et le bébé sont en bonne santé. Cela étant, ils ne sont pas référés à l'Unité mère-enfant du service d'obstétrique chargée d'assurer, dès l'accouchement, un suivi aux mères en difficulté. Deux jours après son accouchement la patiente quitte l'hôpital. Il n'est pas clair si elle a obtenu ou non son congé puisqu'elle quitte l'hôpital, accompagnée de son conjoint, sans l'enfant. Il est expliqué au dossier que l'hospitalisation de l'enfant doit être poursuivie car le pédiatre n'a pas pu procéder à son évaluation. Bien que cette situation paraisse assez inhabituelle, aucune autre explication n'est inscrite au dossier de la patiente. Lors d'une entrevue ultérieure, une travailleuse sociale de la DPJ indique qu'à ce moment, la patiente s'était "sauvée de l'hôpital": "... oui puis elle s'est sauvée de l'hôpital en laissant son bébé là ... déjà y avait un problème ... " (Entrevue, TS/DPJ, 25.04.91). Aucune information au dossier ne permet, cependant, de le confirmer. En quittant l'hôpital, la patiente et son conjoint se sont rendus directement au CLSC pour demander des couches et du lait pour le bébé. L'infirmière qui les a rencontrés, constatant la précarité de leurs conditions de vie, s'interroge sur les capacités parentales de ce couple et contacte l'infirmière responsable de l'Unité mère-enfant du service d'obstétrique à l'hôpital pour lui demander une évaluation des capacités parentales des parents. C'est ainsi qu'elle prit connaissance du fait que Caroline et son enfant auraient dû être pris en charge par son unité et qu'ils n'y ont pas été référés. Selon elle, cette famille est passée par les "trous du filet":

... j'apprends que ce couple est suivi en psychiatrie et que la cliente n'a pas la garde de ses 2 filles aînées ... . (note, dossier médical, INF/UNITÉ MÈRE-ENF, 11.12.90- 13h30)

... cliente n'a pas été vue par moi durant son hospitalisation de 2 jours ... . (note, dossier médical, INF/UNITÉ MÈRE-ENF, 12.12.90 - 11h45)

... ce couple très défavorisé et démuné n'a pas été vu et aidé et évalué avant leur départ de l'hôpital ... . (note, dossier médical, INF/UNITÉ MÈRE-ENF, 12.12.90 - 13h30)

L'infirmière de l'Unité mère-enfant met en place une procédure d'évaluations de Caroline, de son conjoint et de l'enfant. Cette procédure implique le service social médical et comporte un requête au pédiatre de ne pas donner congé à l'enfant avant que les évaluations ne soient terminées. Après que

l'infirmière et le travailleur social eurent rencontré le couple, on procéda, mais dans une chambre d'hôpital et pendant seulement une heure et demi, à une séance d'observation des parents avec leur enfant. Quelques observations, seulement, sont notées au dossier médical:

... couple va voir enfant à la pouponnière ... père prend l'enfant ... Mère réfère toujours au conjoint avant de répondre aux questions ... pas certaine du nombre de comprimés qu'elle prend par jour ... . (note, dossier médical, INF/UNITE MERE-ENF, 12.12.90 - 14h45)

En réponse au travailleur social, le docteur Durant, revoyant Caroline pour la première fois depuis son accouchement, se dit d'avis que la patiente est "apte à s'occuper de son enfant" et que le couple devrait "retourner à la maison" avec lui. Il recommande néanmoins un suivi du CLSC afin de soutenir les parents dans leur nouveau rôle. En outre, il met en évidence l'aide proposée par la famille du conjoint. Le rapport d'évaluation du travailleur social ne fait aucune mention de l'observation parents-enfant et de l'entrevue de couple. Tenant uniquement compte des recommandations du psychiatre, il exprime un jugement favorable concernant les capacités parentales de Caroline et recommande son congé ainsi que celui de l'enfant. Son rapport fait mention d'informations non congruentes avec celles contenues au dossier médical suggérant qu'il n'y a pas eu, pour cette évaluation, de consultation systématique du dossier médical:

... selon l'infirmière du CLSC, il est recommandable d'investiguer les capacités parentales des parents ... nous avons à sa demande [inf. du CLSC] rencontré les parents et le médecin traitant et la mère pour clarifier les besoins et les ressources des deux bénéficiaires ... nous savons que deux enfants de madame sont déjà confiés par la Cour Supérieure à son ex-mari et la situation n'a jamais fait l'objet d'un signalement à la DPJ. Parents se seraient entendus pour le bien-être de ces deux dernières. Les deux enfants ont toujours bien évolué auprès de la mère malgré les difficultés qu'elle éprouve sur le plan personnel ... Mme demeure depuis une année avec le père du troisième enfant. Tous les deux sont bénéficiaires du BES. Nous les avons aidés à la naissance de l'enfant à s'organiser sur le plan matériel pour compléter le trousseau du nouveau-né. Une infirmière du CLSC s'est impliquée au domicile des parents. Selon elle, la situation demande à être évaluée. Les parents occupent un logement et n'ont pas terminé l'aménagement ... tenant compte que la mère est connue et suivie depuis 6 ans par le département de psychiatrie, que le couple et la situation à domicile sont aussi connus et que la mère collabore à ses traitements et que sa situation est stabilisée, que dans le passé, on a pu répondre aux besoins de ses deux enfants, que les parents acceptent l'aide du CLSC, nous sommes en accord et favorables au congé de la mère accompagnée par le conjoint et au congé du bébé présentement à la pouponnière ... . (Dossier médical, TS/UNITE MERE-ENF, 17.12.90)

De son côté, le psychiatre traitant suivra de près la patiente; sans que l'on en connaisse les motifs et les objectifs précis, il met en place un système de visites à domicile impliquant l'infirmière de l'équipe traitante qui travaille en clinique externe de psychiatrie et qui, jusque là, n'a jamais suivi la patiente. Il écrit:

... va bien.. un peu insécure et anxieuse ... il faut reconnaître qu'elle [patiente] semble

avoir mis en application mes recommandations au cours de la grossesse ... actuellement prête à retourner chez-elle ... je ne vois pas de contre-indications au retour à la maison avec l'enfant ... CLSC doit être impliqué et superviser ... j'ai discuté de la situation avec .. t.s. du service social médical ... de notre côté, nous suivrons de près la situation. Garde B. fera des visites à domicile + R.V. dans 1 mois et augmentation de la médication ... (Dossier médical, psychiatre traitant, UNITE MERE-ENF, , 12.12.90)

L'infirmière fait trois visites à domicile en trois semaines. Indiquant avoir fait ces interventions, elle ne transmet cependant au dossier médical aucune information concernant ses observations du fonctionnement de la patiente ni du conjoint. On ne retrouve, d'ailleurs, aucune indication de communication entre cette infirmière et l'infirmière du CLSC à qui la patiente avait, par la même occasion, été référée par le psychiatre traitant.

#### **4.10 RÉSUMÉ ET ANALYSE DE L'ÉPISODE 6**

##### **4.10.1 Communication et concertation interprofessionnelles**

Si, au cours de cet épisode, plusieurs intervenants ont eu à s'impliquer auprès de la patiente et de sa famille, on note, toutefois, une absence à peu près complète de concertation entre ces intervenants. Les intervenants de l'Unité mère-enfant n'ont pu, au début, jouer leurs rôles en raison du fait qu'il n'ont pas été informés des problèmes de la patiente et de son conjoint. Qu'ils ne l'aient pas été semble relever moins d'une absence d'information au dossier que d'une non consultation du dossier de la patiente par les soignants en obstétrique ou, encore, du fait qu'ils n'aient pas été informés, par le psychiatre traitant, du problème psychiatrique de la patiente. La responsabilité du psychiatre traitant semble apparente aux yeux du travailleur social de cette unité qui, dans son rapport, donne préséance aux informations transmises par le psychiatre sur les observations et évaluations réalisées par l'Unité mère-enfant.

Ces observations suggèrent qu'au-delà des informations consignées au dossier, (H) *une communication interprofessionnelle efficace est une condition indispensable à la concertation interprofessionnelle et, par là, à l'efficacité des soins.* Certaines variables pouvant expliquer la non efficacité de cette communication dans le cas présent ont été évoquées plus haut: Rôles spécialisées, normes régissant l'accomplissement des rôles spécialisées, division de travail, niveau d'investissement des soignants, absence de mécanismes appropriés et efficaces de coordination. Sans vouloir mettre de côté l'impact de facteurs reliés à l'individu, des données examinées jusqu'ici commence à émerger la possibilité de liens entre certaines constituantes des structures organisationnelles (division du travail, coordination, communications...) et le fonctionnement du système d'intervention en santé mentale auprès des mères souffrant de troubles mentaux, particulièrement en ce qui a trait à la prise en compte du rôle maternel dans l'établissement des plans d'intervention.

Depuis le début de l'histoire du cas de Caroline, l'attitude du psychiatre traitant envers l'implication des intervenants d'autres établissements est claire et constante. Les données présentées ici ne permettent pas d'y déroger: elle se caractérise par une absence de communication et de concertation avec les autres intervenants. Cette attitude est d'ailleurs la même lorsqu'il s'agit de soignants pratiquant dans le même établissement que lui.

Il peut y avoir plusieurs explications plausibles à l'attitude du psychiatre qui devait connaître suffisamment la patiente et son conjoint pour soupçonner que l'enfant est à risque. En dépit de l'histoire de la patiente, il est possible qu'il croit qu'elle possède réellement les capacités requises pour s'occuper de son enfant, estimant qu'elle recevra l'aide de sa belle-famille. Il est possible, comme il a été proposé plus haut, qu'il ne veuille pas ébranler le lien thérapeutique et l'équilibre précaire de la patiente. Il semble, en effet, ne pas inviter l'intervention d'autres soignants provenant de services autres que la psychiatrie. Il est possible qu'il ne veuille pas multiplier le nombre d'intervenants auprès d'une patiente difficile à encadrer et susceptible de provoquer un clivage entre les intervenants. D'autre part, plus le nombre d'intervenants est élevé, plus la coordination de ces intervenants doit être forte. En somme, le fait de travailler avec un plus grand nombre d'intervenants, qu'ils soient ou non du même établissement, rend sa tâche plus complexe. Ces conclusions vont dans le même sens que certaines hypothèses élaborées jusqu'ici dont celle (p. 117) qui propose que le fait d'étendre l'intervention vers la famille augmente le degré de complexité de l'intervention. Prendre en compte un pareil ensemble de considérations expose cependant le psychiatre traitant à un besoin de remises en question et de modifications d'orientation, c'est-à-dire, en quelque sorte, une perte de contrôle. Ces aperçus d'explication concordent avec les écrits de Bergeron, Léger, Jacques et Bélanger (1979) et de Côté, Bélanger et Jacques (1994) qui soutiennent qu'une communication directe favorisant l'échange et l'écoute entre interlocuteurs présente l'avantage de répartir le pouvoir entre eux, ce qui n'est pas le cas dans les consignations d'informations au dossier, alors que la rétention d'informations permet, pour sa part, d'exercer un certain pouvoir sur l'interlocuteur<sup>59</sup>.

En somme, s'il est difficile de saisir les déterminants de l'attitude, du comportement et de leurs conséquences chez le psychiatre traitant, certaines variables observées jusqu'ici permettent d'entrevoir certaines explications plausibles. Si certaines d'entre elles peuvent être associées à des caractéristiques personnelles impossibles à explorer dans le contexte de cette étude, d'autres, plus accessibles, sont associées à des caractéristiques organisationnelles—y inclus les structures de rôle et les normes de fonctionnement—de divers types.

---

<sup>59</sup> Cet énoncé réfère aux concepts de "communications unidirectionnelles" et de "communications bidirectionnelles" décrits par ces auteurs et présentés au chapitre 1 à la section portant sur la communication interprofessionnelle.



#### 4.11 ÉPISODE 7 - LE POST-PARTUM ET LA CRISE

Avec l'aide de la famille du conjoint, les débuts de la vie commune avec le nouvel enfant se passent relativement bien. Le conjoint prend la décision d'entreprendre une cure de désintoxication ce qui a un effet mobilisateur chez Caroline. Elle entretient, dès lors, l'espoir d'une vie de famille plus saine. Aussi, à son premier rendez-vous en clinique externe de psychiatrie après la naissance de son enfant, elle présente un état quasi-optimal: le docteur Durant indique ne l'avoir jamais vue aussi bien. Il attribue cette amélioration à la nouvelle maternité et à la décision du conjoint de se faire désintoxiquer.

Le conjoint ne poursuit toutefois pas sa cure et sa rechute ne tarde pas. Il tolère mal les exigences de son nouveau rôle parental. Et il n'apprécie pas devoir partager l'attention de Caroline avec le nouveau-né. Il devient donc de plus en plus exigeant et intolérant avec sa conjointe. Aussi, pour des raisons qui ne figurent pas au dossier, le couple déménage et, de ce fait, se coupe de l'aide que leur fournissait la famille du conjoint.

L'état de Caroline ne tarde pas à se détériorer. Son psychiatre lui propose de la rencontrer avec son conjoint dans une prochaine entrevue. Lui ayant laissé la responsabilité, avec ses moyens réduits, de convaincre son conjoint de la nécessité d'une telle rencontre, la proposition n'eut pas de suite.

À l'entrevue suivante, le psychiatre trouve l'état de Caroline "satisfaisant". Toutefois, quelques jours plus tard, on la retrouve à l'urgence psychiatrique accompagnée d'une travailleuse sociale—d'appartenance non identifiée— qui avait trouvé son comportement "changé". Les soignants en poste à l'urgence identifient une crise au niveau du couple. Lorsque le docteur Durant revoit la patiente à l'urgence et qu'il revoit le dossier, il note qu'elle est en "mutisme". Il conclut à une crise de colère "passive" envers le conjoint plutôt qu'à une "dépression post-partum". Le conjoint aurait utilisé l'argent de la patiente pour s'acheter de la drogue. Le psychiatre se préoccupe alors de la "sécurité de l'enfant". Puis la colère de la patiente s'aggrave suite à une "chicane de couple". Le psychiatre décide alors d'"attendre pour comprendre la situation". Il écrit:

... Quant à l'état actuel de madame je crois qu'il s'agit plutôt de colère passive face à l'ami qu'un état de dépression post-partum ... J'ai rencontré madame il y a 2 semaines ... ne présentait aucun signe de dépression bien au contraire ... je crois qu'elle agit ainsi pour punir son ami ... [suite au téléphone attendu du conjoint] je devrai évaluer si l'enfant est vraisemblablement en sécurité ... nous allons observer mme pendant quelques temps ...  
 . (Dossier médical, psychiatre traitant, 21.01.91)

... beaucoup d'hostilité dans cette attitude (mutisme). Coups sur casiers en témoignent... pour le moment, pas de moyens d'explorer avec elle les motifs de sa réaction... Observation prudente s'impose re: sa tendance aux acting out pour solliciter la prise en charge... réaction aggravée par chicane de couple ... Il faudra attendre pour comprendre la situation ... . (Dossier médical, psychiatre traitant, URG, 22.01.91)

Tard le même soir, vers 23h00, sortant de son mutisme, Caroline demande son congé. Menaçant de signer un refus de traitement et étant en présence de soignants qui ne la connaissent pas, elle réussit à les convaincre de lui donner congé. Quelques heures auparavant elle avait cependant fait une colère à une infirmière et avait renversé un cendrier. Son intention était de "mettre son conjoint à la porte" et "d'aller chercher son bébé" laissé à sa belle-soeur, Marie<sup>60</sup>. Tout en reconnaissant qu'il y avait des risques possibles pour Caroline, les soignants la laissent partir, la nuit, invoquant comme motif l'absence de symptômes et le besoin de maintenir la relation thérapeutique.

À l'entrevue: affect modérément colérique dirigé vers l'ami... pas de tristesse, pensée cohérente et logique, pas autculpabilisation, pas d'idées suicidaires et homicidaires, non psychotique, bonne autocritique ... dit qu'elle fut en mutisme depuis quelques jours car ne voulait voir la réalité en face qu'elle devait se séparer de l'ami (afin qu'il cesse de lui voler l'argent destiné au bébé)... or avec ce qu'elle a appris, elle se décide à voir la réalité et à le mettre à la porte ... je la confronte au fait que cette décision me semble impulsive et réaction à une frustration.. je lui dis qu'elle serait mieux de réfléchir encore ad demain et en parler à Dr.(Durant) .., IMP.: trouble de personnalité borderline, trouble d'adaptation à conflit conjugal pas de dangerosité pour elle-même et pour les autres ... Cas discuté avec Dr.C [psychiatre de garde] ... Considérant l'absence de risque suicidaire et homicidaire, de psychose, de dépression, bonne autocritique et importance de préserver l'alliance, nous acceptons de donner congé à la patiente ... doit revoir Dr. ... [psychiatre traitant] le 04.02.91... . (Dossier médical, résidente de garde, URG, 22.01.91)

Ce congé donné en pleine nuit, dans un contexte de conflit familial, est incompréhensible pour les intervenants extérieurs (CLSC, DPJ) et la belle-famille de la patiente. En fait, depuis la naissance de l'enfant, les intervenants de la DPJ et l'infirmière du CLSC ont tenté à plusieurs reprises d'entrer en contact avec le psychiatre traitant, sans succès. Étant donné ces circonstances, trois plaintes ont été portées à la DPJ avant que l'on procède au retrait de l'enfant de sa famille. Lors d'une entrevue tenue ultérieurement, une travailleuse sociale relate ces faits:

... le médecin ne voulait pas qu'elle soit suivie par une travailleuse sociale... il ne voulait pas travailler avec personne ... on a essayé de le contacter... il ne voulait pas nous parler... ça nous aurait aidés... surtout au début... elle [patiente] s'est sauvée de l'hôpital en laissant son bébé là... déjà il y avait un problème... puis quand il y a eu la première déclaration à la D.P.J... c'est l'infirmière du C.L.S.C. qui l'a faite... le médecin était fâché après elle parce qu'elle avait fait ça... il y en a eu 2 autres (plaintes)... à chaque fois l'équipe qui reçoit les plaintes contactait le psychiatre ... pis il disait qu'elle n'en avait pas besoin... la troisième fois, ils [équipe qui reçoit les plaintes] se posaient des questions puis ils ont décidé de s'occuper de la plainte... (Entrevue, TS/BSS, 25.04.91)

Caroline se présenta au rendez-vous qui lui avait été fixé deux semaines auparavant, au moment de son congé. Une nouvelle fois, le psychiatre trouvera que la patiente est dans un état satisfaisant.

---

<sup>60</sup> Cette belle-soeur est l'épouse du frère du conjoint de la patiente et celle qui deviendra ultérieurement la "mère d'accueil" de l'enfant.

#### 4.12 ÉPISODE 8 - TENTATIVE DE SUICIDE ET PLACEMENT DE L'ENFANT

Après une autre crise, sévère, au sein du couple, ayant pris soin de demander à sa belle-soeur, Marie, de reprendre le bébé, Caroline quitte son domicile et pose un geste suicidaire grave. Elle se jette devant une rame de métro. Miraculeusement, Caroline se tire pratiquement indemne de cet incident. Conduite à l'urgence psychiatrique, elle est, par la suite, hospitalisée sous cure fermée pour plusieurs semaines.

La suite des événements conduira au placement à long terme de l'enfant et provoquera deux autres hospitalisations de longue durée qui s'avéreront très difficiles. Avant d'y arriver, il est cependant important d'examiner la suite immédiate de la première hospitalisation qui suivit la tentative de suicide.

Au début de son hospitalisation, l'état de la patiente est—ce qui est inhabituel pour elle—principalement dépressif. Elle exprime des idées suicidaires, et des idées d'autoaccusation. Durant son séjour, elle verbalise souvent sur ses difficultés à assumer son rôle maternel et sur son sentiment de culpabilité à l'égard de son enfant. Elle parle abondamment de sa tentative de suicide dont elle attribue la responsabilité à son conjoint et au fait qu'il avait recommencé à prendre de la drogue. Non seulement celui-ci ne l'aidait-elle pas; il devenait de plus en plus exigeant et menaçant. Se sentant très seule avec son enfant, elle se voyait comme abandonnée. Le psychiatre décrit cette situation comme suit:

... était écoeurée d'être laissée seule responsable du bébé par l'ami qui a recommencé à consommer de la drogue depuis 1 semaine ... se sentait épuisée ... elle trouvait le bébé demandant ... [elle] dort peu, mange peu (frigidaire vide) depuis l'accouchement... dette de \$600.00 à un membre de la famille ... se dit incapable moralement et physiquement de travailler ... décrit son ami comme non fiable, semble lui en vouloir ... elle réfléchissait à une façon d'en finir depuis 3-4 jours. Pensait à un moyen efficace ... elle a placé l'enfant chez sa belle-soeur puis voyant que son ami ne l'aidait pas, elle s'est jetée devant le métro ... . (Dossier médical, psychiatre de garde, 18.02.91)

La DPJ prend l'enfant de Caroline en charge peu après le début de son hospitalisation. On décide de le placer chez sa belle-soeur, Marie, pour une période d'un mois. Les conditions de garde sont prescrites par la Cour du Tribunal de la Jeunesse. La supervision est assurée par des intervenantes de la DPJ. C'était, en quelque sorte, la suite des démarches initiées peu de temps après la naissance de l'enfant. Il avait fallu trois plaintes, avant que les intervenants de la DPJ décident d'intervenir.

Trois semaines après sa tentative de suicide, Caroline, étant toujours hospitalisée, doit se présenter au Tribunal de la Jeunesse pour que soit déterminée la nécessité de continuer ou non le placement de son enfant. Ce placement, dont la durée avait été fixée à un mois, est prolongé de six mois dans la même famille d'accueil. Ceci fut convenu pour laisser le temps à la patiente de se remettre en état de fonctionner et de réintégrer son rôle parental. La durée de cette prolongation a été fixée à la demande de la belle-soeur qui invoqua son attachement à l'enfant et la difficulté pour elle d'investir pour une période plus courte. De son côté, Caroline souhaitait une prolongation beaucoup plus courte de

seulement deux mois. Les nouvelles conditions de placement lui font alors craindre la perte définitive de l'enfant.

Dès le début de l'hospitalisation, le conjoint de Caroline lui avait proposé de faire adopter leur enfant par son frère et sa belle-soeur, les mêmes qui en auront la garde. Il s'avère que ce sont eux qui avaient proposé cette solution. Elle avait l'avantage, en évitant le placement de l'enfant en famille d'accueil selon les politiques habituelles de la DPJ, de permettre aux parents naturels de voir régulièrement leur enfant. Refusant d'emblée cette proposition, la patiente y réagit par des acting out. En outre, elle fait part à son conjoint, qui pense à une contraception plus définitive, de son désir d'avoir d'autres enfants.

Il apparaît de plus en plus clair que le conjoint se sent dépassé par les nouvelles responsabilités que représente la présence de cet enfant qu'il perçoit comme rival. L'idée de faire adopter l'enfant reviendra plus tard par le biais de la patiente, qui avec le temps se sentira de moins en moins capable de le reprendre. Néanmoins, il est possible, qu'au début, l'évocation de l'adoption ait semé la crainte, chez Caroline, d'avoir perdu définitivement l'enfant. De cette crainte serait né un sentiment de rivalité entre la patiente et sa belle-soeur, Marie. Cette rivalité, nous le verrons, s'amplifiera.

Caroline maintient son intention de reprendre la garde de son enfant et se mobilise en conséquence. De son côté, le docteur Durant décide d'accorder à Caroline une chance de reprendre la charge de son enfant, compte tenu de la motivation démontrée. Pour lui le geste suicidaire de Caroline s'explique par le manque d'attention et la non disponibilité de son conjoint qui se considérait en compétition avec l'enfant. Un plan de traitement est donc établi. Il comporte des visites de l'enfant à l'hôpital et des visites de la patiente à l'enfant dans son milieu de garde. Aucune intervention n'est cependant dirigée vers le couple. Le conjoint, de son côté, décide de reprendre une cure de désintoxication. Le docteur Durant écrit:

... plus détendue, pas de rumination suicidaire ... semble capable de planifier le futur... verbalise plus facilement qu'à l'habitude ... je prévois un séjour de quelques semaines afin de lui permettre de recevoir les soins et l'attention qui semblent lui avoir manqué après son accouchement ... l'ami étant peu disponible et probablement lui-même mis en manque par la compétition avec son fils ... . (Dossier médical, psychiatre traitant, SI, 27.02.91)

... capable d'élaborer sur la frustration qu'elle rencontre ... je l'encourage à verbaliser sur ces problèmes avec les principaux intéressés et à demander l'intervention de son infirmière au besoin ... se montre optimiste face à l'évolution de son ami... ne se sent pas prête à quitter pour se retrouver seule chez-elle [conjoint en désintoxication] ... s'ennuie de son enfant ... dans ces circonstances et vue la durée prévue de l'hospitalisation, j'autorise des rencontres directes avec son nouveau-né, de préférence dans un bureau pour plus d'intimité... ceci est nécessaire pour cimenter au mieux cette relation [mère-enfant] ... surveillance discrète, autorisation de contacts directs mère-fils dans les heures de visite ... . (Dossier médical, psychiatre traitant, SI, 01.03.91)

#### 4.13 ÉPISODE 9 - ACCOMPAGNEMENT À LA RELATION MÈRE-ENFANT

Le plan de traitement comportait deux activités distinctes mais complémentaires. Il s'agissait d'un suivi en ergothérapie dans le cadre du programme habituel pour des patients hospitalisés<sup>61</sup> auquel fut ajouté un accompagnement lors des rencontres de Caroline avec son enfant<sup>62</sup>. Les objectifs de cet accompagnement étaient d'identifier les problèmes au plan du rôle maternel et de mettre en place les interventions nécessaires pour travailler à les résoudre.

Pour inciter Caroline à se prendre en charge, le psychiatre traitant encourage sa motivation à réintégrer son rôle maternel. Cette incitation constitue une pression d'autant plus grande qu'elle coïncide avec la période durant laquelle la DPJ procède à l'évaluation de ses capacités à reprendre la charge de l'enfant. En tout deux travailleuses sociales de la DPJ sont appelées à intervenir auprès de la patiente, une pour l'évaluation en vue du placement de l'enfant, l'autre, une fois l'enfant placé, pour assurer des interventions susceptibles de favoriser la reprise de l'enfant par sa mère, y inclus l'évaluation à cette fin.

La première travailleuse sociale, qui consentit à réaliser ses entrevues avec Caroline à l'hôpital, réussit à gagner sa confiance suffisamment pour obtenir sa collaboration. Il fut possible, d'ailleurs, de constater le degré élevé d'empathie qu'elle manifestait à l'égard de la patiente lors d'une discussion de cas téléphonique tenue ultérieurement avec l'ergothérapeute:

... c'est de valeur parce qu'elle a du potentiel... mais ce sont toutes ses peurs... le fait qu'elle soit avec ..[conjoint] ça ne l'aide pas... il a tellement de problèmes... elle pourrait mieux s'occuper du bébé si elle était seule... c'est sûrement très dur pour elle... je pense que si on avait vécu la vie qu'elle a vécue... on s'en s'rait pas sorties mieux... (Extrait, discussion cas, TS/B.S.S., 25.04.91). )

Le rôle de cette première travailleuse sociale s'est toutefois limité à l'évaluation du dossier de Caroline et à la détermination des conditions du placement de l'enfant. Une fois l'enfant placé, le dossier fut transféré à une autre équipe d'intervenants de la DPJ, celle dont le rôle concernait la prise en charge et le suivi de l'enfant et de sa famille. L'attitude de cette nouvelle équipe était fondamentalement différente de celle de la première intervenante. Et les réponses qu'elle provoquait chez la patiente ne l'étaient pas moins.

Ce fonctionnement, non seulement discontinu, mais opérant suivant des modalités de travail et des

---

<sup>61</sup> Pour une description des services d'ergothérapie, se référer au Contexte particulier, au chapitre 3, à la section portant sur les services professionnels intra-hospitaliers

<sup>62</sup> C'est à ce moment que l'auteure s'implique pour la première fois auprès de cette patiente.

attitudes d'équipe différentes, est relié à la structure des services de la DPJ<sup>63</sup>. Il peut expliquer la perte de confiance qu'éprouva Caroline et l'absence de relations significatives entre la patiente et les intervenants de la seconde équipe de la DPJ. Il s'ensuivit une perte d'alliance thérapeutique qui fut observée à plusieurs reprises dans la suite des interventions de cette équipe. Elle se refléta, d'une part, dans le fait que Caroline ne se présenta jamais aux rendez-vous fixés par l'équipe et, d'autre part, dans la réciprocité manifestée par l'équipe qui ne répondit jamais à ses appels lorsqu'elle tenta d'en contacter l'un ou l'autre des membres.

Une première rencontre entre Caroline et son enfant s'est tenue à l'hôpital même, en présence de l'ergothérapeute et des parents du conjoint de Caroline. Il s'agit de la seule rencontre mère-enfant à l'hôpital puisque les beaux-parents de la patiente n'ont pu poursuivre ces visites. De son côté, Marie, la mère d'accueil, elle-même mère de deux enfants d'âge scolaire et vivant en banlieue éloignée, ne pouvait non plus se déplacer à l'hôpital pendant la journée. Les rencontres subséquentes se sont donc déroulées à la résidence de la famille d'accueil. Les distances à parcourir et le temps requis pour le faire eurent tôt fait de complexifier et de rendre difficile la relation entre Caroline et sa belle sœur.

Au début, Marie manifeste de l'ouverture. Elle suggère, par exemple, que Caroline vienne y passer des journées complètes pour s'occuper elle-même de l'enfant. Par la suite, cependant, Marie se ravise et demande que les visites de Caroline se tiennent plutôt quand ses deux filles sont absentes de la maison afin d'éviter qu'elles ne soient en contact avec leur tante. Caroline, quant à elle, se sent incapable de se déplacer seule en transport en commun, particulièrement dans le métro qui lui rappelle son geste suicidaire.

L'organisation des visites est donc complexe. Et elle est coûteuse. En raison des difficultés inhérentes aux déplacements et aux contraintes imposées sur la durée des visites par la famille d'accueil, il n'est pas possible pour Caroline de visiter son enfant aussi souvent qu'elle le souhaiterait ni dans des conditions dépourvues de tensions.

Les visites à la famille d'accueil permettent à l'ergothérapeute de faire connaissance avec Marie et d'obtenir, ainsi, de plus amples informations sur l'histoire familiale de Caroline, particulièrement sur la période depuis la naissance de l'enfant. Marie confirme avoir été l'instigatrice de la plainte à la DPJ, en demandant à l'infirmière du CLSC de formuler la plainte à sa place. De cette façon, elle comptait pouvoir diminuer les risques pour l'enfant et maintenir une marge d'intervention en préservant sa relation avec Caroline. Ni Marie ni son conjoint n'estimaient que Caroline et son conjoint possédaient les capacités requises pour s'occuper d'un enfant. Aussi, depuis le début de la grossesse de Caroline,

---

<sup>63</sup> Au moment de l'étude, la structure de la DPJ faisait en sorte que l'ensemble du processus d'un placement à la DPJ était assumé par des équipes différentes d'intervenants selon le mandat qui leur était attribué. Les mandats étaient les suivants: i) organiser le placement de l'enfant, ii) favoriser la reprise du rôle maternel par la patiente et iii) évaluer les capacités parentales du couple parental.

ils avaient formulé le projet d'obtenir la garde de cet enfant. D'ailleurs durant la grossesse de Caroline, Marie, qui ne la connaissait que très peu, assumait déjà des responsabilités auprès de l'enfant en procurant, par exemple, vêtements et nourriture aux futurs parents.

Dans ses propres mots Marie exprime sa frustration, sa motivation et son jugement sur la motivation de Caroline:

... on était obligés ... pour eux autres [patiente et conjoint], on était obligés... on en donnait [argent, vêtements, nourriture, ... ] pour le bébé... jusqu'à ce qu'on fasse des démarches à la Protection de la Jeunesse ... ça été difficile... J'ai demandé à... [ infirmière au CLSC] de faire la plainte... si elle [patiente] n'avait pas placé sa confiance en moi qu'est-ce qu'elle aurait fait? ... se suicider? tuer le bébé avec elle? ... il y en a tellement qui tuent leur bébé ... .

... pour le cas de.. [Caroline] en tout cas, a semblait pas avoir aucune bonne volonté à c'sujet-là [reprendre son rôle maternel]... parce que, Madame ... qui s'occupe de la protection de la jeunesse a dit que normalement y devrait mettre des jours, des heures... c'est d'la famille, pis j'ai toujours dit: "... a vient quand elle veut pis lui aussi"... y sont pas venus tsé... o.k. là y sont à Sherbrooke... mais quand elle était à Montréal... a l'a peur du métro... d'accord mais... y a pas juste le métro quand même?... puis j'm'dis que... si a l'avait vraiment voulu voir son enfant ... dans les moments où elle allait bien... si a s'avait poussé un peu ... un coup dans l'derrière... se dire: "Bon ben, j'pars, j'm'en vas passer la journée chez (Marie) ... . on s'connait tsé... moi j'trouve que de son côté à elle... j'connais pas tous ses problèmes ... mais de son côté à elle ... c'est du bon vouloir ... d'après moi en tout cas y a aucun effort... (Extrait d'entrevue, ERGMarie, 13.11.91)

Caroline apprécia sa première visite à l'enfant dans son foyer d'accueil. Cela se fondait alors sur son grand espoir qu'elle entretenait de pouvoir reprendre son enfant. Cet espoir, encouragé par la décision du conjoint de retourner en cure de désintoxication—il avait non seulement la volonté mais avait été accepté dans un centre de désintoxication—soutenait la motivation de Caroline. Cette motivation se généralisait d'ailleurs à l'ensemble des interventions dont elle bénéficiait. Cependant Caroline demeurait ambivalente à l'égard de son conjoint, exprimant tantôt de l'affection à son égard tantôt —et plus souvent— de la colère. Elle était consciente que la santé de son conjoint représentait une condition essentielle pour qu'elle puisse réaliser son projet de reprendre son enfant.

Les prochains extraits, relatant des perceptions dont Caroline était déjà consciente avant le placement de l'enfant, montrent la complexité de la situation familiale tout comme l'ambivalence de Caroline à l'égard de son conjoint et de ses propres capacités maternelles dans ce contexte ainsi que l'importance de l'enfant qui comble le vide auquel la patiente est confrontée:

... depuis Noël ça ne va plus avec lui [conjoint]... y travaille pas lui... y faudrait que j'fasses tout dans maison... m'occuper des besoins du p'tit... pis lui y travaille pas !... lui y boit ses cafés, y fume... . faut qu'y roule même ses cigarettes !... si j'mange pas, si j'fais pas à souper, ben là y va s'faire une canne... trop paresseux pour faire à souper... [parle

de l'intervenante de la DPJ qui est venue la voir hier]... a m'a dit: " y é tu toujours lent comme ça ? ... c'est vrai qu'y é pas vite... j'sais pas ce que ça veut dire... y é au ralenti...

---

... pis ses affaires dans tête, c'est pas normal... depuis que le bébé est né là ... ça n'va pas... j'avais espérance que [avec un bébé] ça irait mieux mais... là on va l'voir après sa désintoxication... des fois y é super super-fin, y é doux doux... ça dépend dans quel monde qu'y é... des fois yé là, des fois yé pas là... des fois j'parle pis y m'entend même pas... c'est pareil comme s'il y avait personne dans maison tsé... dans son monde... au moins il [enfant] y a l'air d'être là... y m'écoute, y comprend rien mais y m'écoute... l'autre [conjoint] y é pas là ...

---

... ben, c'est pas logique l'affaire... y [conjoint] parle du soleil qui entre par la tête, l'énergie, et qu'il faut être "groundé" par la terre ... c'est pas logique, c'est pas logique, tsé... lui il croit à ça ... écoutait reportage sur la schizophrénie, il m'a dit: " j'chus pas d'même, moi... j'chus pas malade... il a jamais voulu se faire suivre en thérapie... ... ça fait onze ans... mais il n'a jamais été suivi... il prend ses haldols<sup>64</sup> ... mais ... il a tout l'temps parlé de ça... il a besoin d'aide... il sait même pas qu'est-ce qui pense...

---

... là j'sais pas ce qui va arriver avec lui [conjoint] ... plus ça va, moins j'ai l'goût de le voir... quand y é pas là j'voudrais l'avoir, pis quand y é là j'chus pas capable de l'endurer... là j'sais pus... Docteur [Durant] y m'met une pression... y faut qu'j'm'décide là ... de revenir à moi ...

---

... j'sais pas si je pouvais m'occuper de mon bébé toute seule... déjà j'étais pas capable de me reposer... là c'est moi qui est responsable... ça m'fait peur parce que... j'peux pas m'voir sans lui [enfant] ... j'me vois pas être pris tout l'temps avec lui... c'est un enfant difficile... y dort pas beaucoup... y é plein d'énergie... (à la fin de l'entrevue) ... j'ai hâte de le revoir... ça change tellement à cet âge-là... (Extraits d'entrevue avec Caroline, 14.03.91)

Relativement à la période qui suit la naissance de l'enfant, plusieurs des intervenants, dont plusieurs ne connaissent la patiente que depuis son accouchement, sont d'avis que c'est le conjoint qui est à l'origine des périodes de désorganisation de la patiente. Il le serait, selon eux, soit en raison de ses comportements "irresponsables" ou soit parce qu'il souffre d'une psychopathologie. Sans lui, Caroline aurait, selon leurs perceptions, eu les capacités de s'occuper de l'enfant. Le psychiatre traitant, tout comme l'ergothérapeute, partageaient d'ailleurs ce point de vue. Depuis la naissance de l'enfant, en effet, l'état mobilisé de Caroline et ses symptômes dépressifs projettent dans l'ombre ses troubles du comportement.

Quant à l'état du conjoint de Caroline, le psychiatre traitant n'estime pas qu'il souffre d'une schizophrénie. Il présenterait plutôt un trouble de personnalité. Selon le psychiatre il serait donc incapable d'assumer le rôle parental que la naissance de l'enfant lui impose étant, lui-même, en compétition avec son fils. Selon lui, aucun investissement thérapeutique ne paraît justifié, voire

---

<sup>64</sup> L'haldol est un médicament antipsychotique.



possible, auprès de ce couple:

... je prévois un séjour de quelques semaines afin de lui permettre de recevoir les soins et l'attention qui semblent lui avoir manqué après son accouchement ... l'ami étant peu disponible et probablement lui-même mis en manque par la compétition avec son fils ... (Dossier médical, psychiatre traitant, HÔP, 27.02.91)

... compagnon de madame qui est lui-même porteur d'un trouble de personnalité (même s'il se déclare schizophrène pour justifier son inertie)... a sombré plus que jamais dans sa polytoxicomanie... mais même s'ils sont soulagés de la responsabilité de l'enfant, le climat de crise se maintient ... (Dossier médical, psychiatre traitant, HÔP, 16.04.91)

... [psychiatre traitant] me dit qu'il la [patiente] garde en espérant qu'une semaine favorisera une accalmie et la stabilisation du couple. Couple impossible à traiter selon le médecin re: ami trop changeant... Quant à la situation financière et économique, le psychiatre admet que c'est très précaire mais il pense que sciemment ce couple veut se maintenir ainsi pour reporter les problèmes à l'extérieur d'eux ... (Note, dossier d'ergoth., ERG., HÔP, 18.04.91)

Dans ce contexte, la perspective de soins pour son conjoint dans une unité pour toxicomanes suscite, chez Caroline, un grand espoir qu'il sera enfin stabilisé:

... ça m'fait pas peur [que son conjoint ait un diagnostic psychiatrique]... depuis l'temps j'ai vu tellement d'affaires que... ça paraît qu'y é différent des autres... moi qu'est-ce que j'voudrais c'est qu'y soit suivi!... quand même qu'y é suivi... qu'y ait un bon médecin... qu'y soit suivi!... (Extrait d'entrevue avec Caroline, visite à l'enfant, ERG 15.3.91).

Mais le conjoint de Caroline ne respecte pas son engagement d'aller en cure de désintoxication. Que son état se soit rapidement détérioré à ce constat n'a rien de surprenant. Pour les soignants, cette détérioration représente la disparition d'une des conditions importantes qui aurait pu assurer que Caroline puisse éventuellement reprendre son enfant.

Les détériorations successives de l'état de la patiente s'accompagnent d'une crainte grandissante de perdre définitivement son enfant. Cette crainte se justifie, selon elle, par une anticipation que son enfant se détachera d'elle si elle n'arrive pas à le reprendre rapidement et, encore, par la méfiance qu'elle entretient à l'égard des intervenants de la DPJ. Ainsi, les changements possibles, voire probables, dans les conditions de placement de son enfant chez sa belle-soeur, renforcent-ils les sentiments et perceptions dysfonctionnelles qu'elle entretient à l'égard de ces intervenants. Dans ces circonstances, Caroline en vient à vouloir se distancer de son enfant. La première décision de placer l'enfant en garde légale pour un mois l'illustre bien:

... [garde temporaire] pour 1 mois ... chus mieux d'pas l'voir ... ça va être trop dur ... de toute façon j'pourrai pas l'ravoir ... à cause de la DPJ ... Ca n'donne rien ... j'n'aurai pas la garde de toute façon ... j'ne l'aurai pas plus dans 1 mois ... (Extrait d'entrevue avec Caroline, 11.03.91)

Les visites à l'enfant deviendront d'autres facteurs d'aggravation de l'état de la patiente. Bien que l'objectif était de maintenir un contact et de réaliser un rapprochement avec l'enfant, l'expérience de ces visites lui confirme rapidement l'impression, déjà existante, qu'elle ne réussira pas à reprendre la garde de son enfant. Caroline réalise que son rôle maternel comporte trop de responsabilités pour elle. Ses rencontres avec la mère d'accueil, sa belle-soeur, accentue sa perception d'incompétence maternelle. Ces rencontres provoquent aussi des sentiments d'ambivalence à l'égard de Marie qu'elle perçoit tantôt comme mère idéale pour son enfant, tantôt comme rivale.

Les sentiments d'incompétence et d'ambivalence de Caroline ne tarderont pas à envenimer les relations entre elle et Marie. En effet, leurs relations s'enveniment rapidement. Caroline réagit de plus en plus vivement à ses visites comme aussi aux autres contacts, soient-ils directs ou par personnes interposées, entre elle et Marie. Ces réactions en sont de colère et de méfiance. Et elles vont toujours grandissantes. Les initiatives de Marie à l'égard de l'enfant, prises sans consultation auprès de Caroline et confirmant en quelque sorte à ses yeux que Marie est bel et bien la mère, ne sont pas étrangères à l'exacerbation du conflit entre elles. Dans une rencontre avec l'ergothérapeute Caroline exprime ses sentiments à cet égard:

... [Marie] a amené le bébé chez un pédiatre et que celui-ci aurait fait intervention: couper le fil sous la langue pour qu'il parle mieux... [patiente] se plaint de ne pas être consultée concernant les interventions faites à son enfant... qu'on devrait lui demander son avis... "c'est mon bébé après tout"... elle aurait refusé de faire faire cette intervention ... (dossier d'ergothérapie, ERG, HÔP, 09.05.91)

Dès la première visite à l'enfant, alors que les relations entre Caroline et Marie étaient encore harmonieuses, l'ergothérapeute accompagnant Caroline put observer l'écart important entre les capacités des deux femmes à assumer le rôle maternel et, aussi, les différences marquées qui caractérisaient leur confiance en elles-mêmes. Marie ressort comme nettement supérieure dans la comparaison. Elle affirme avec assurance ses positions quant aux méthodes éducatives à adopter avec l'enfant. À son point de vue, son rôle à l'égard de l'enfant est de remettre de l'ordre et de la constance dans sa vie.

Lors de la première visite, Caroline accepte d'abord bien l'attitude de sa belle-soeur, se percevant elle-même comme moins apte. Elle réagit d'ailleurs en se modelant sur Marie. Pour une grande partie de la rencontre, Caroline donne elle-même les soins au bébé. Elle se comporte de façon appropriée et communique adéquatement, autant avec l'enfant qu'avec Marie. Elle tolère relativement bien les réactions négatives de l'enfant sauf lorsque les pleurs du bébé persistent. Caroline remet alors l'enfant à Marie pour qu'elle le calme.

L'enfant est au centre des échanges. Caroline et Marie discutent principalement de ses habitudes alimentaires et de ses habitudes de sommeil. Son caractère fait aussi l'objet d'attention tout comme ses

caractéristiques physiques: il ressemblerait à son oncle et père substitut. Aux yeux de l'ergothérapeute présente, ces échanges, particulièrement lorsqu'il s'agit des caractéristiques physiques de l'enfant, laissent l'impression que Caroline et Marie abordent, de façon plus ou moins consciente, le sujet de l'appartenance de l'enfant:

- Ma: "... (en riant) ... on est une grande famille!... ben les filles l'aiment beaucoup [bébé]... quand les filles arrivent de l'école vers 3 heures là ... il [bébé] aime aller de l'une à l'autre ... "
- Ma: "... ah oui! j'ai des belles filles!... en tout cas ma plus jeune a ressemble au bébé... ... oui... pis y [bébé] ressemble à mon mari... quand mon mari était p'tit... j'ai des photos en bas...
- Ca: (au bébé)... t'es un p'tit ... (Nom de famille)!...
- Ma: ... ah oui!... ah oui!... quand chus allée au CLSC, mercredi, là?... y a une madame a dit... c'est la pédiatre qui m'a dit ça... "... Mon Dieu qu'y ressemble à son père!" [parle alors de son conjoint, l'oncle de l'enfant]... (en riant)... c'est vrai qu'y ressemble...
- Ma: ... si y dormait 2 heures dans l'jour, j'serais inquiète... quand y fait 1/2 heure là... . j'vais voir s'y respire encore... (Extraits, visite mère\enfant, 15.3.91)

Dans l'extrait suivant, Marie insiste sur l'importance d'intégrer l'horaire de l'enfant à celui de sa famille:

- Ma: ... Y é aux 4 heures sauf la nuit, j'y [biberon] en donne pas... sauf pour boire de l'eau... j'l'éveille vers euh... ben hier c'était 11 heures et 1/4... moi j'dis entre 8 heures et minuit... ça dépend de moi là ... si j'm'couche vers 10 heures ... ben j'l'éveille tout de suite j'y donne son biberon... mais si j'm'couche ... des fois j'm'couche plus tôt... bon ben là j'mets le cadran pour 11 heures 1/2... sinon lui y va aller dans nuit... y va aller vers 2 heures... moi j'aime mieux y donner avant minuit ... pis là y va jusqu'à 6 heures ... y é toujours régulier... 6hres, 10 heures, 2 heures, 6 heures... j'trouve qu'c'est un bon horaire... des fois j'y donne 1/2 heure avant, 1/2 heure après... mais j'l'éveille tout l'temps avant minuit... y s'éveille dans nuit!... y va finir par s'placer... moment donné... y s'éveillera pus...
- Ca: ... j'essayais à maison d'y mettre sa suce pis ...
- Ma: ... ça marchait pas?...
- Ca: ... non...
- Ma: ... y s'éveille 3-4 fois mais... y faut qu'y s'habitue... moi les filles en tout cas... la plus vieille à 1 semaine, a faisait ses nuits... la 2 ième, à même pas 1 mois a faisait ses nuits... moi y m'semble (en riant) la nuit c'est fait pour dormir pis... si y buvait pas assez ou y mangeait pas assez... tsé... là tu ... mais après 40 on. de lait et d'après son poids, pis là y mange... c'est juste ça un caprice... si je continue d'y en donner, y va toujours m'en demander!... une de mes amies moi... sa fille a y a donné des biberons 1 an d'temps la nuit... j'y ai dit: "t'é malade toi!..." (Extraits, visite mère\enfant, 15.3.91)

Dans l'extrait suivant, Caroline et Marie comparent leurs méthodes respectives. A cette étape, Caroline approuve les méthodes de sa belle-soeur et cherche à s'y modeler.

- Ca: ... ah oui... y avait rien qu'1 mois... pis quand y était de mauvaise humeur là... j'l'faisais marcher... (au bébé) hein?... (au bébé)... hein?... ben oui!, ben oui!... y s'endort pas ben, ben...
- Ma: ... non hein?... ... ben non... surtout qu'on y parle comme ça là... [fait référence à la façon dont Caroline parle à l'enfant].
- Ca: (au bébé)... (?)... t'étais pas capable d' dormir... maman t'parlait tout l'temps! ... (rie) ... j'avais quelqu'un avec qui parler... sans ça euh...
- Ma: ... mais tu l'prenais beaucoup hein?... quand y était chez-vous?...
- Ca: ... je l'avais tout l'temps...
- Ca: ... tu l'avais tout l'temps dans les bras... c'est ça moi... j'essaie à l'habituer... pour ça comme j't'dis j'l'change souvent de place... pour pas l'avoir tout l'temps dans bras comme ça...
- Ca: ... ouen... après ça quand tu l'as gardé ... j'ai commencé à l'mettre à terre, à l'changer d'place...
- Ma: ... il devient plus lourd aussi...
- Ca: ... ben j'l'avais du matin au soir dans les bras ... (juron)!... (au bébé)... à un moment donné hein?... (fait vocalise au bébé). (Extraits, rencontre mère-enfant - 15.3.91)

Au retour de cette première visite à l'enfant, Caroline parle de Marie en s'y comparant défavorablement:

- Ca: ... ouen... mais est bonne Marie avec... moé j'avais plus de misère... quand j'l'avais y était aux 2 heures... les fins de semaine, quand yé r'venu [d'une première période où il s'était fait gardé chez Marie] y était rendu aux 4 heures... j'avais peur qu'y manque à manger... j'avais pas ... pas la patience mais... j'avais tout l'temps peur qu'y manque d'quelque-chose... (Extraits, visite mère/enfant, 15.3.91)

Les visites subséquentes permettent de constater le malaise grandissant entre ces deux femmes. D'un côté, Marie devient de plus en plus froide avec Caroline se montrant moins accueillante et la laissant plus seule avec l'enfant. Caroline, vivant ce retrait de Marie comme un abandon, retourne dans un mutisme et abrège son temps de visite. Tout en développant de la colère à l'égard de Marie, Caroline demeure cependant partagée dans ses émotions, étant consciente que sa belle-soeur peut mieux s'occuper de son enfant et lui apporter davantage qu'elle-même ne pourrait le faire. Cette prise de conscience provoque beaucoup de souffrance chez Caroline: états dépressifs, périodes intenses de rage et de troubles du comportement. L'encadrement devient, en conséquence, de plus en plus restrictif et serré de la part des soignants.

... à un moment où elle [patiente] travaille à son projet (poupée de laine), elle fait une erreur puis me remet son projet, découragée... Après mon intervention .., elle me parle du bébé plutôt que de son projet... (un peu comme si les deux étaient fortement associés, soit par rappel de l'échec vécu au niveau de la relation mère-enfant ou parce qu'elle pensait à son enfant à ce moment)... me dit que tout ce que le bébé fait, qui n'est pas correct, est mis sur sa faute (ex: bébé se réveille la nuit parce qu'elle a pris des médicaments... ). ..elle parle de son beau-frère .. (qui lui fait ces commentaires) et "..., probablement que c'est ..(Marie) en arrière ... c'est la famille... (dossier d'ergothérapie, ÉRG, HÔP, 29.04.91).

Constatant l'évolution de la relation entre Caroline et Marie, l'ergothérapeute et le psychiatre traitant vérifient auprès de la travailleuse sociale de l'équipe de la DPJ si une intervention est possible auprès de Marie. Le but de cette intervention serait d'informer la famille, l'entourage et le milieu familial substitut des comportements habituels reliés à la psychopathologie de Caroline et de ses réactions possibles face à la perte de son rôle maternel. Au-delà de favoriser chez Caroline le développement de compétences maternelles, une telle intervention limiterait le conflit naissant entre les deux femmes et faciliterait leurs relations, comme aussi celle entre Caroline et son enfant, dans l'éventualité d'une garde prolongée ou permanente en foyer d'accueil.

Cette intervention, si désirable soit-elle, n'a pas eu lieu. Le motif pour l'expliquer se trouve en partie dans le manque de ressources, facteur évoqué en appui de la décision, à la DPJ. Mais il se peut aussi qu'il relève de la définition des rôles auxquels se conforment les agents de la DPJ dans les décisions concernant leurs interventions. Cette définition de rôles étant appuyée d'une perception favorable à l'égard de Marie. La travailleuse sociale de la DPJ voyait Marie comme une ressource "exceptionnelle" qui permettait, par surcroît, à l'enfant de demeurer dans sa famille élargie: "... je leur [Marie et son conjoint] ai expliqué que, probablement, cet enfant aurait souvent besoin d'eux... même plus tard... c'est la seule famille qu'il a ... ils sont tellement gentils... (Extrait, entrevue, TS, BSS, centre-ville, 25.04.91). C'était là un avantage important qui possiblement renforçait, aux yeux de la travailleuse sociale, l'idée que l'intervention proposée n'était pas nécessaire ou, du moins, prioritaire. Cette éventualité laisse entrevoir que le rôle de la DPJ devait se restreindre à des interventions auprès de l'enfant et que les interventions au bénéfice de la mère, dans ce dossier, ne lui appartenait ou, en tout cas, n'était pas prioritaire. Cela n'est pas implausible étant donné la nature de cet organisme voué à la protection de la jeunesse et la condition particulière de la famille de l'enfant.

Avec le temps, les rencontres avec l'enfant deviennent de plus en plus confrontantes pour Caroline. Elle exprime de l'ambivalence à son égard et un déchirement relié à son désir de le garder, en étant consciente qu'elle ne peut plus s'en occuper. À ce stade, Caroline remet en question la réintégration de son rôle de mère; elle désinvestit peu à peu l'enfant puis les interventions dont celles en ergothérapie. La colère, la tristesse et le sentiment d'être trahie deviennent omniprésents. On a l'impression d'une explosion de colère qui couvait. Elle manifeste des troubles de plus en plus sévères du comportement. Si, jusque là, les troubles du comportement avaient été perçus comme des demandes d'attention, il

devient plus évident qu'ils sont, maintenant, l'expression d'une très grande souffrance intérieure.

Étant donné les problèmes que causent les rapprochements avec l'enfant, l'ergothérapeute décide de cesser les visites au domicile de Marie, en dépit de la volonté de Caroline de les poursuivre. Il arrivera néanmoins, qu'au cours de congés, Caroline rende visite à l'enfant accompagnée de ses beaux-parents. Elle en revient toujours plus défaite qu'auparavant.

Cette période, très tumultueuse pour la patiente et pour l'équipe traitante, est marquée par ses nombreux acting out lourds de conséquence. Alors qu'on la croyait peut-être capable d'assumer, au moins partiellement, son rôle maternel, et qu'un plan d'intervention avait été élaboré en ce sens, des comportements de plus en plus destructeurs pour elle-même et son entourage obligent à reconsidérer cette vision. Mettant en échec toutes les occasions qui pouvaient l'aider à reprendre son rôle maternel, Caroline évoque la possibilité de donner l'enfant en adoption à sa belle-soeur. Elle en vient à exprimer son désespoir et sa culpabilité d'avoir mis au monde un autre enfant dont elle ne peut s'occuper, comme sa mère, à elle, l'avait fait.

Toujours hospitalisée—il s'agit de sa troisième hospitalisation depuis la naissance de l'enfant alors âgé de huit mois—, l'état de Caroline finit par se stabiliser au bout de trois mois. Elle obtient alors son congé. Un mois plus tard, elle est convoquée de nouveau au Tribunal de la Jeunesse pour déterminer qui aura la garde de l'enfant. Elle ne se présente pas à la cour. Elle laisse, ainsi, suivant les règlements en vigueur, la garde à Marie pour une période de deux ans. La portée de cette action, volontaire ou non, fut d'éviter une décision d'adoption de l'enfant et de lui protéger une future marge de discrétion dans ce dossier. À sa sortie de l'hôpital, elle quitta la région montréalaise pour aller rejoindre son conjoint qui s'était installé ailleurs depuis quelques mois. Par la suite elle délaissa, peu à peu, son traitement avec son psychiatre.

#### **4.14 RÉSUMÉ ET ANALYSE DES ÉPISODES 7, 8 ET 9**

##### **4.14.1 Évolution de la patiente et interaction avec sa famille: impacts du sentiment d'incompétence maternelle**

Après la naissance de l'enfant, et avec le conflit conjugal latent dont il provoqua l'émergence, l'état de Caroline se détériore quasi-constamment. Les crises, avec prédominance de dépression, y atteignent une grande intensité. La souffrance de la patiente est visible. Au cours des huit mois suivant la naissance de l'enfant, Caroline a dû être hospitalisée à trois reprises pour de longues périodes.

Durant la première hospitalisation, celle qui suivit le geste suicidaire, le plan d'intervention axé sur des rencontres mère-enfant visait à aider Caroline à réintégrer son rôle maternel. Il faut rappeler ici que Caroline avait déjà deux enfants, dont elle n'avait pas pu s'occuper, et que cette incapacité avait probablement contribué à la détérioration de son état et à la séparation avec son premier conjoint. Le plan d'intervention, dont l'élément central était le placement temporaire de l'enfant chez la belle-soeur de Caroline, fut mis en place comme si ces antécédents n'étaient pas connus ou n'étaient pas importants. La plupart des intervenants, motivés par la mobilisation de la patiente, inspirée par sa nouvelle chance d'être mère que lui fournissait son troisième enfant, et par la ressource que représentait la belle-soeur, Marie, semblent avoir tout ignoré de ces antécédents. La mise en oeuvre de ce plan, en confrontant Caroline une fois de plus aux exigences du rôle maternel, a eu l'effet contraire de celui prévu. Il vint lui rappeler et lui confirmer son incapacité à l'intégrer.

Ce rappel de son incapacité à s'occuper d'un enfant, rappel accompagné de tourments, de rage et de dépression, contribua à une nouvelle détérioration de son état. Avec le constat de cette incapacité, amplifié par le conflit avec son conjoint et par la compétence maternelle de Marie chez qui elle rendait visite à son enfant, Caroline dut faire face à la décision de laisser son enfant à long terme dans la famille d'accueil. Le reprendre signifiait, en effet, le faire seule en toute conscience de son incapacité. Car elle n'obtiendrait pas l'appui du père, tel qu'elle l'avait souhaité, celui-ci étant devenu, comme l'enfant, une charge pour elle. Longtemps déchirée devant ce choix, Caroline décida finalement, après deux périodes de placement temporaire, de laisser son enfant et de rejoindre son conjoint. En somme, la nouvelle prise de conscience de son incapacité, au constat qu'elle n'aurait pas de soutien de son conjoint et dans la comparaison qui s'établit entre elle et Marie, eut comme effet d'accélérer la détérioration de l'état de Caroline. La reconduction du placement en famille d'accueil, pour une période additionnelle de six mois, avec son effet exacerbant sur la relation de rivalité entre Caroline et Marie, ajouta à cette détérioration.

Tout comme ceux de Caroline, les problèmes de son conjoint se sont aggravés après la naissance de l'enfant. Particulièrement au plan de sa toxicomanie. Malgré quelques tentatives de désintoxication, il fut incapable de cesser sa consommation de drogues. Au fil de ses échecs, il devint de plus en plus exigeant et agressif envers sa conjointe. Les soignants de Caroline mirent d'ailleurs en évidence un lien entre l'aggravation des problèmes du conjoint et son incapacité, non seulement à assumer ses responsabilités parentales, mais aussi à tolérer son enfant qu'il prenait pour rival. Ces soignants identifièrent d'ailleurs les comportements erratiques du conjoint comme source importante de désorganisation du milieu familial. Cette désorganisation n'était d'ailleurs pas étrangère aux variations de l'état de la patiente. En somme, (H) *l'ajout de l'enfant et des responsabilités que cela comportait, aggravant les problèmes du conjoint, s'ajoutant aux facteurs de déséquilibre agissant déjà, vint déstabiliser, dans une relation d'interactivité, la patiente. Le tout allant s'accroissant.* Cela rejoint, en amplifiant la portée, l'hypothèse formulée au début du présent chapitre (p. 93) concernant la relation

entre l'action de la famille et la détérioration de l'état de la pathologie de la patiente. Cette hypothèse fut d'ailleurs aussi appuyée par des données dans l'analyse suivant la séparation et la reprise, provisoire, de la vie commune de Caroline avec son premier conjoint. (p.110)

#### **4.14.2 Perceptions, investissement des soignants et aménagement des rôles professionnels**

Pour ce qui est des soignants du milieu hospitalier, les données de l'épisode suivant le post-partum illustrent leur tendance—observée à plusieurs reprises au cours de l'histoire de Caroline—à orienter leurs plans d'intervention en fonction des demandes de la patiente, sans prendre en compte les risques, pour elle et pour l'enfant, que pouvait comporter le retour dans son milieu de vie. En partie cela était dû à une perception *hic et nunc* du problème de la patiente, c'est-à-dire limitée aux circonstances immédiatement observables ou aux demandes de la patiente formulées au premier niveau. Au début de la période du post-partum, tout comme cela avait été le cas au début de la grossesse, le psychiatre traitant avait, en effet, attribué les problèmes de la patiente uniquement aux conflits conjugaux à l'exclusion des sentiments de crainte, d'ambivalence et d'incompétence qu'elle avait exprimés à l'égard de sa nouvelle maternité. Hormis les périodes, relativement brèves, où Caroline se trouvait à l'urgence, il dressait un bilan positif de son état. En outre, le psychiatre savait qu'elle bénéficiait d'une aide de sa belle-famille et, probablement, de services du CLSC, lui ayant recommandé, après la naissance de l'enfant, de s'y référer. L'ensemble de ces facteurs—état jugé satisfaisant et soutien familial et professionnel—peut expliquer qu'aucune autre intervention visant à assurer un minimum de compétences maternelles ne fut apportée à Caroline pendant sa grossesse ou durant la période suivant immédiatement sa grossesse. Lorsque Caroline, hospitalisée, exprima clairement son intention et sa motivation de reprendre la charge de son enfant on élaborait le plan d'intervention, présenté plus haut, sans référence à son passé.

Le fait de ne retenir que les éléments reliés de façon immédiate à la patiente dans le contexte de ses problèmes courants n'est pas sans lien avec certaines hypothèses de travail formulées précédemment. Il y a tout d'abord l'hypothèse (p. 117) voulant, d'une part, que l'élargissement de l'intervention pour tenir compte des variables familiales mène à une complexification indue de l'intervention, vu les rôles spécialisés de chacun, et, d'autre part, cet élargissement mène aussi au risque de compromettre l'alliance thérapeutique. La décision des soignants de garde de donner à Caroline un congé de l'urgence, la nuit, pour "mettre son conjoint à la porte" et aller chercher son enfant en est un exemple. Cette décision avait été prise en dépit du fait que, quelques heures auparavant, elle avait fait preuve de manifestations agressives. Elle s'appuyait sur l'absence immédiate, chez la patiente, d'un risque suicidaire et homicidaire et sur la préoccupation chez les soignants de préserver l'alliance thérapeutique.



Le fait de ne retenir que les éléments reliés de façon immédiate à la patiente dans le contexte de ses problèmes courants peut aussi être relié à l'idée (p. 115) qu'indépendamment de l'évolution de l'état de la patiente à travers ses diverses étapes et de l'influence des changements qui ont marqué son environnement familial, la perception du soignant à l'égard de la patiente demeure sensiblement uniforme, comme aussi son orientation de traitement et son niveau d'investissement. Cette analyse permet de conclure que (H) *la définition des rôles professionnels, établie par des paramètres de la formation de spécialiste ou par des normes du milieu de pratique, contribue à contraindre la vision du problème à l'intérieur de paramètres cohérents avec ce rôle*. Si l'investissement des soignants en psychiatrie est, pour l'essentiel, demeuré centré sur la patiente indépendamment du système familial dont elle fait partie, qu'en est-il des autres intervenants ?

Les intervenants de la DPJ ont aussi restreint leurs interventions aux activités prescrites par leurs rôles et se sont centrés sur le placement de l'enfant. Cela n'a rien d'étonnant vu la nature de cet organisme voué à la protection de la jeunesse. Néanmoins, pour Caroline, une intervention auprès de la famille d'accueil visant l'amélioration de sa relation avec sa belle-soeur aurait été utile. L'intervention envisagée d'informer la famille, l'entourage et le milieu familial substitut des comportements habituels reliés à la psychopathologie de Caroline et de ses réactions possibles face à la perte de son rôle maternel aurait pu permettre de réduire, dans une large mesure, le conflit entre Caroline et sa belle-soeur, et, par le fait même, l'impact de ce conflit sur l'état de la patiente. Que cette intervention n'eut pas lieu fut justifié par un manque de ressources. Cependant, la définition des rôles auxquels doivent se conformer les agents de la DPJ dans les décisions concernant leurs interventions, les restreignent à des interventions axées prioritairement sur l'enfant et, par extension, sur ceux dont dépend le bien-être de l'enfant. Dans le cas de Caroline, qui était sous les soins d'un autre établissement et non disponible pour s'occuper de l'enfant, la définition spécialisée de ces rôles, comme d'ailleurs de ceux des soignants du milieu hospitalier, était d'une portée insuffisante pour justifier l'intervention demandée. En bref, selon cette analyse, Caroline, étant sous soins psychiatriques, il n'incombait pas aux intervenants de la DPJ de contribuer, selon la définition de leurs rôles, à son traitement. Cette analyse appuie à son tour la proposition formulée ci-haut.

#### **4.14.3 Difficultés de concertation: communication et rôles professionnels**

Depuis la naissance de l'enfant, plusieurs intervenants d'unités différentes à l'intérieur de l'hôpital, et de milieux extérieurs à l'hôpital ont été appelés à intervenir tant auprès de Caroline qu'auprès de l'enfant, du conjoint et de la famille d'accueil. Ces interventions mirent en évidence des difficultés relatives à la prestation des soins et services relevant de dimensions organisationnelles aussi bien intra qu'inter établissement. Les interactions des soignants du milieu hospitalier, entre eux et avec les intervenants des milieux extérieurs, furent nombreuses. Mais, comme dans les épisodes antérieurs, les

communications et la coordination autour de ces interactions ont été déficientes. Il en résulta des problèmes de concertation et, par voie de conséquence, une collaboration inefficace.

Au niveau intra-hospitalier, les problèmes de ce type se sont manifestés, d'une façon plus notable, à deux reprises durant la période entourant la naissance de l'enfant. Il y eut, tout d'abord, le fait que le psychiatre traitant n'a pas transmis directement aux soignants du service de gynéco-obstétrique les informations nécessaires concernant la condition psychiatrique de Caroline. Ces soignants, qui avaient rencontré Caroline et son conjoint à trois reprises avant l'accouchement, n'ont pas, non plus, consulté son dossier qui contenait ces informations. En l'absence de ces informations et vu le déroulement sans problème de l'accouchement de Caroline, aucune intervention préventive ne fut envisagée. D'ailleurs, en raison de cette situation, Caroline et son enfant ne furent pas référés aux soignants de l'Unité mère-enfant—une unité pour mères en difficulté relevant du service d'obstétrique— lesquels, dès la naissance de l'enfant, auraient pu assumer leur prise en charge et fournir à Caroline de l'encadrement et du soutien à l'égard de son rôle maternel. Ce n'est que plus tard, à l'initiative d'un organisme extérieur à l'hôpital, le service Enfance-Famille du CLSC, qu'elle fut référée à cette unité. Son psychiatre intervint cette fois, auprès de l'Unité mère-enfant, mais pour signifier qu'elle n'avait pas besoin d'aide pour assumer son rôle maternel. Après une brève évaluation sans suite, Caroline quitta l'hôpital avec son enfant sans avoir obtenu d'autre aide au niveau parental qu'une recommandation de se référer au CLSC et quelques visites à domicile d'une infirmière de la clinique externe de la psychiatrie.

Certaines difficultés ont aussi marqué les rapports inter-établissements. À titre d'exemple, au moment du signalement de l'enfant de Caroline à la DPJ, le psychiatre traitant n'a pas accepté de répondre aux demandes des intervenants de cet organisme qui tentaient de le rejoindre. Pour le psychiatre, tout comme pour la patiente, la DPJ semble avoir été vue comme un adversaire. Par ailleurs, les intervenants de la DPJ—à une exception près— n'ont pas facilité les choses. Ils se sont montrés peu disponibles et refusèrent à quelques reprises, pour des motifs reliés à leurs définitions de rôles, aux modalités d'organisation de leur travail et aux normes le régissant, de prendre en compte les demandes de la patiente et de ses soignants. Ces données rappellent les problèmes de communication et de concertation, notés au début du présent chapitre, entre les soignants du milieu hospitalier et ceux de la ressource d'hébergement (p.92) et l'impact des définitions de rôle des spécialistes sur la concertation et sur les communications entre eux (p. 98).

#### **4.15 CONCLUSION DU CAS DE CAROLINE**

En cinq années de suivi psychiatrique, Caroline fut admise 28 fois à l'urgence. Treize de ces admissions se poursuivirent par une hospitalisation. Entre les séjours à l'hôpital, Caroline était suivie par son psychiatre en clinique externe, le plus souvent, sans autre intervenant. Durant cette période,

elle dut faire face à d'importants réaménagements familiaux. Elle vécut une séparation de son premier conjoint et de ses deux filles, puis, entra en union libre avec un deuxième conjoint avec qui elle eut un troisième enfant. Cette nouvelle maternité provoqua de nombreux bouleversements qui menèrent à la détérioration de son état, à des crises conjugales et au placement de son dernier-né.

À travers son histoire psychiatrique et familiale l'état de pathologie de Caroline se caractérise par de fréquentes fluctuations. Ces fluctuations, pratiquement toujours de grande amplitude, s'accompagnent d'un mouvement de circularité, un pattern de va-et-vient, entre le milieu familial et l'hôpital. Du milieu familial, où les conflits conjugaux et les exigences maternelles exacerbent son état de déséquilibre, vers l'hôpital. Et de l'hôpital, où des facteurs tels les besoins du couple de se rapprocher, les pressions perçues par la patiente de se reprendre en charge ou les plans d'intervention à court terme centrés sur les crises de la patiente lui font réintégrer le milieu familial une fois un certain apaisement acquis. Toujours sans que l'état de la patiente ou ses capacités maternelles n'en soit réellement améliorés ou stabilisés. Ce pattern fut brièvement interrompu avec sa séparation définitive de son premier conjoint et la mise à distance de ses responsabilités maternelles. La période d'accalmie fut brisée avec la nouvelle grossesse et le rappel de son incapacité à assumer des responsabilités maternelles. L'accalmie fit alors place à des crises successives, de grande ampleur, qui la conduisirent à de multiples et longues hospitalisations. L'acceptation du placement de son dernier enfant et le deuil qui y fut associé ont permis finalement le rétablissement d'un certain équilibre, plus définitif, chez Caroline.

L'analyse du cas de Caroline a permis d'identifier trois ensembles de variables agissant, parfois seules, parfois conjointement, sur l'état et les comportements de la patiente. Ces ensembles de variables sont les suivants: variables associées au milieu familial dont le rôle maternel de la patiente (celle-ci étant membre du système famille), variables associées aux soignants et aux intervenants des différents milieux de pratique et, finalement, les variables associées aux organisations, c'est-à-dire l'organisation du travail, les rôles spécialisés, les normes de travail et de comportement.

Le regroupement des variables en ces catégories n'indique en rien un cloisonnement entre elles ou entre ces catégories quant à leur action dans le contexte empirique. En effet, ces distinctions analytiques, destinées à être utiles à la représentation et à la compréhension du problème à l'étude, ne reflètent pas une séparation entre les phénomènes qu'elles représentent dans la réalité observée (distinctions analytiques n'impliquent pas séparation empirique).

#### **4.15.1 Variables associées au milieu familial et au rôle maternel: processus ayant mené la patiente à l'abandon de son rôle maternel**

Les variables associées à la famille et au rôle maternel se sont révélées, au tout début, dans les problèmes conjugaux, c'est-à-dire dans la relation entre Caroline et son conjoint. Selon les données présentées plus haut, ce sont les difficultés conjugales qui ont mené à la première hospitalisation de la patiente, elles ont été désignées "responsables" de l'aggravation des difficultés de Caroline. Il fut constaté que les problèmes conjugaux variaient en intensité, étant plus intenses lorsque Caroline était dans sa famille et plus faibles lorsqu'elle se trouvait en milieu hospitalier. Dans ce dernier cas, on remarque que le rapprochement entre Caroline et son conjoint, lequel rapprochement menait souvent la patiente à son congé, se faisait généralement à l'initiative du conjoint. Ces rapprochements, inattendus, puisque le couple venait de parler de séparation, contribuaient fortement à améliorer l'état de la patiente. En conséquence, ces initiatives du conjoint laissaient entrevoir aux soignants qu'il possédait des ressources mobilisables aux fins de stabiliser la relation du couple et, de ce fait, l'état de la patiente.

Le mouvement de va-et-vient entre la maison et l'hôpital, de rapprochement-éloignement entre Caroline et son conjoint, de cycle sans issue qu'engendrait cette dynamique mena, avec la perception positive que l'on avait du conjoint, à l'entreprise d'une thérapie de couple.

La thérapie conjugale eut pour effet, entre autres, de mettre à jour le fait que les troubles conjugaux étaient, en bonne partie, associées aux "besoins d'autonomie et de liberté" de Caroline et qu'elle était ainsi souvent à l'origine des mouvements d'éloignement entre elle et sa famille. Contrairement à l'objectif qu'elle poursuivait, d'effectuer un rapprochement du couple et de stabiliser la patiente, cette thérapie contribua à l'aggravation de l'état de Caroline exacerbant ses "émotions dysphoriques", ses "troubles du comportement et ses crises de plus en plus rapprochées", engendrant une "désorganisation croissante" associée au "retour au foyer conjugal."

Suivant un de ces retours au foyer, Caroline fut réadmise à l'urgence en état de crise puis hospitalisée. Elle tenait des propos menaçants envers ses enfants. Cela suivait une session de thérapie avec son conjoint où Caroline avait "pour la première fois parlé devant son mari" d'une "présence en elle" qui existait depuis plusieurs années et qui, entre autres, lui disait "de tuer un de ses enfants." C'est à l'approche de la fin de cette hospitalisation que Caroline exprimait, pour la première fois, "sa crainte" que la "charge des enfants soit trop lourde." La difficulté que représentait, pour elle, cette charge, c'est-à-dire les exigences de son rôle maternel, deviendra plus claire durant la période d'accalmie qui suivra la séparation définitive et sa distanciation de sa famille. C'est en effet durant cette période de responsabilités maternelles réduites que l'état de Caroline demeurera stable pour une période relativement prolongée.

Jusqu'à sa séparation définitive de son premier conjoint, Caroline parvenait à établir une distance de son rôle maternel par les fuites du milieu familial que lui permettaient ses séjours à l'hôpital. Chaque retour la confrontait cependant aux relations difficiles avec son conjoint et à ses responsabilités de mère. L'accalmie qui suivit la séparation fut marquée par la réduction presque complète de ses responsabilités maternelles quotidiennes. Cela suivait la réduction de la fréquence des contacts et, ainsi, des conflits familiaux, particulièrement des conflits avec les enfants. Ainsi, les rares contacts maintenus entre Caroline avec ses enfants étaient harmonieux. En conséquence, avec la séparation définitive, les facteurs alors responsables des états de déséquilibre de Caroline furent mis en retrait tout comme, aussi, les mouvements d'éloignement-rapprochement avec sa famille qui y étaient associés. La coupure, cependant, n'était pas complète car Caroline maintenait des contacts peu fréquents et rarement en face-à-face, avec ses deux filles, et donc plus harmonieux. Elle évitait ainsi le sentiment d'abandon qu'une coupure complète aurait comporté.

La période d'accalmie dura environ 18 mois. Elle se termina lorsque Caroline, ne pouvant plus tolérer l'état constant dans lequel la drogue les maintenait, elle et son conjoint, devint enceinte d'un nouvel enfant. Elle espérait que cela pourrait amener son conjoint "à se prendre en main".

La grossesse eut pour effet de confronter, une nouvelle fois, Caroline aux exigences du rôle maternel. À des craintes, remémorées de ses expériences maternelles antérieures, quant à sa capacité d'assumer de telles responsabilités s'ajoutèrent, cependant, de l'ambivalence—par exemple, elle voulait tantôt garder l'enfant, tantôt se faire avorter—et de la culpabilité, surtout par rapport aux drogues qu'elle avait prises au début de la grossesse et à leurs conséquences pour l'intégrité et la santé de l'enfant: "... a peur que le bébé soit déformé à cause des drogues". Ces émotions, intenses, perturbèrent Caroline au point de l'amener à faire des menaces et des tentatives suicidaires sérieuses.

À l'origine et pendant la période précédant la grossesse, la relation avec le nouveau conjoint, enveloppée de façon quasi-permanente dans un brouillard chimique, ne comportait pas, de la part de Caroline, d'attentes importantes. Elle était donc moins conflictuelle. Avec la grossesse et la perspective d'un nouvel enfant, cependant, cette relation, sans fondements solides, le devint beaucoup plus. La venue de l'enfant allait, en effet, changer les circonstances de la vie du couple. Cela allait ajouter des responsabilités parentales pour le couple. Et, pour Caroline, des nouvelles exigences de soutien, tant financier que moral et affectif, envers son conjoint.

Le conjoint fit un effort initial de réhabilitation, durant la grossesse de Caroline, en se trouvant un travail. Face à ce travail qu'elle souhaitait mais qui éloignait son compagnon, Caroline éprouva, cependant, un sentiment aigu d'abandon. Blâmant son conjoint de l'abandonner, Caroline proféra des menaces de suicide qui la menèrent, à plusieurs reprises, à l'urgence psychiatrique et, quelques fois, à l'hospitalisation.

Tôt après l'accouchement, et, ensuite, après une sérieuse tentative de suicide de Caroline, le conjoint tenta de nouvelles démarches de réhabilitation, visant, cette fois, une désintoxication. Ces démarches n'eurent pas les conséquences attendues. De plus, en raison d'un sentiment de rivalité envers son bébé, le conjoint devint plus dépendant et exigeant à l'égard de Caroline. Ajoutant aux problèmes déjà importants, cette dépression accrue exacerba le conflit conjugal et la mena dans les crises les plus sévères notées à son histoire psychiatrique. En effet, la disparition de l'espoir, qu'avait engendrée la perspective du redressement de son conjoint et du soutien que cela devait lui apporter, provoqua des perturbations plus sévères que celles éprouvées alors qu'elle était dans sa première famille. Elle reconnaissait, peut-être, avec plus de clarté, les responsabilités qu'elle devrait assumer seule, sachant que le nouveau conjoint possédait moins de ressources que son premier. D'ailleurs, il la quitta durant cette période. À la "peur" qui la hantait "de ne pas être une bonne mère", le départ du conjoint exacerba sa "peur qu'on ... lui enlève" son nouvel enfant "comme les autres enfants qui sont avec le premier mari".

C'est, en définitive, la famille du conjoint, particulièrement la belle-soeur Marie et son époux, qui fournirent les ressources essentielles au soutien de Caroline et de son enfant durant la période qui suivit la naissance. Cet apport de ressources compensatoires, plus que seulement de soutien temporaire, contribua, au début, à maintenir chez Caroline l'espoir que la vie avec l'enfant serait possible avec le conjoint.

La prise en charge de l'enfant par la belle-soeur mit en évidence pour Caroline l'écart qui existait entre ses propres capacités maternelles et celles de Marie. Ce constat de sa propre incompétence maternelle et la rivalité qui en résultait dissimulaient chez Caroline l'émergence d'une conviction qu'elle devrait, en définitive, et vu ces circonstances, céder l'enfant aux soins de sa belle-soeur. Comme cela avait été le cas avec ses deux filles auparavant, les placements successifs de son troisième enfant, pour des périodes de plus en plus longues, eurent, pour Caroline, l'effet de réduire presque complètement ses responsabilités maternelles quotidiennes et de les mettre à distance sans pour autant opérer une coupure définitive entre elle et l'enfant. Cependant comme sa culpabilité à l'égard de cet enfant était grande, vu son très bas âge et l'ampleur des espoirs qu'elle y avait investis, le deuil de cet enfant fut extrêmement difficile. La résolution progressive de ce deuil et l'acceptation du placement de son enfant rétablirent néanmoins un certain équilibre, plus persistant, chez Caroline.

Cette analyse, de même que celles suivant chacune des sections de ce chapitre, ont fait émerger des variables associées à la patiente et sa famille—ce sont les constituantes du système mère-famille—et ont conduit à l'élaboration d'une série de propositions concernant les relations entre ces variables, suggérant du même coup des explications quant à la dynamique impliquée dans la problématique d'une femme aux prises avec un trouble mental, l'exercice difficile de son rôle maternel et ses relations avec sa famille dont plusieurs membres sont eux-mêmes perturbés. Les figures suivantes représentent

schématiquement ces propositions.

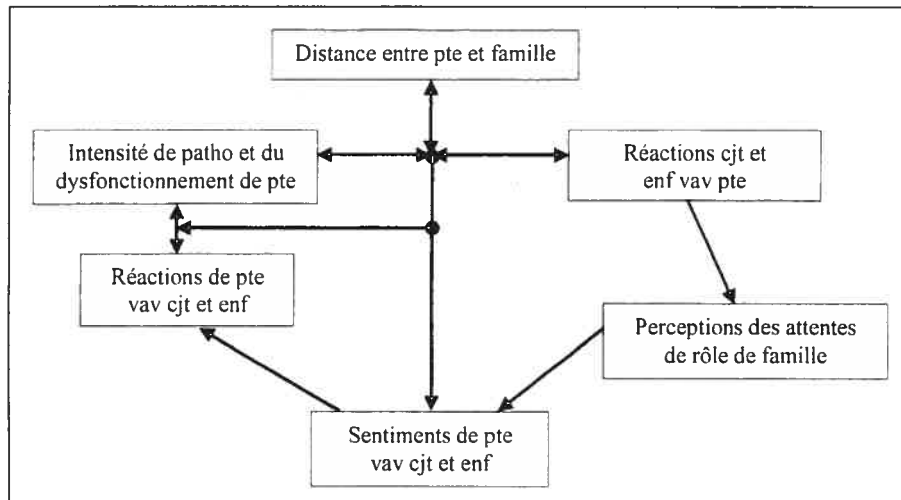


Figure 2: Facteurs principaux relevant du système mère-famille ayant une influence sur l'intensité de la pathologie maternelle

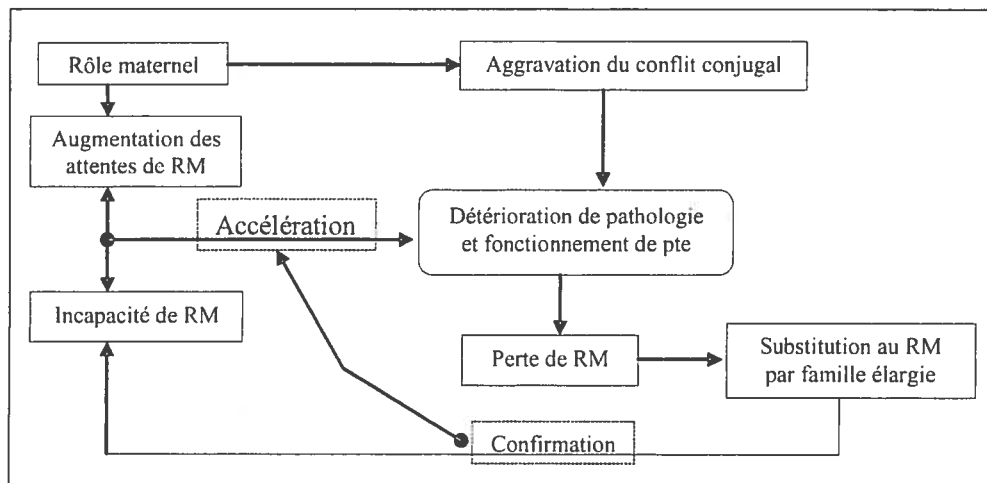


Figure 3: Processus d'aggravation de la pathologie maternelle liée à l'incapacité d'exercer le rôle maternel

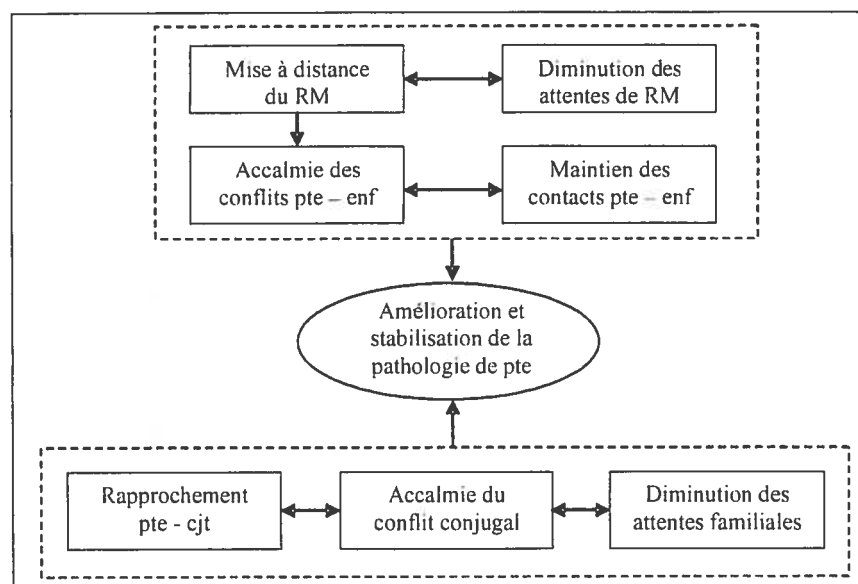


Figure 4: Dynamiques du système mère-famille associées à l'amélioration et à la stabilisation de la pathologie maternelle

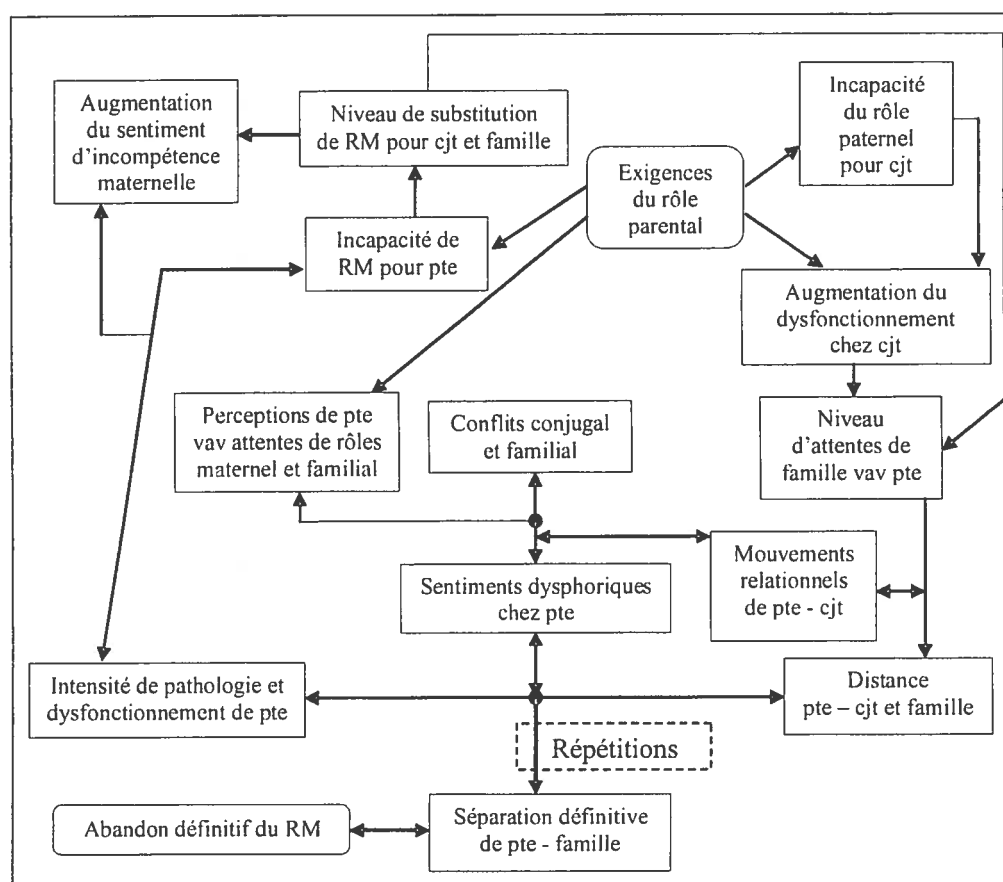


Figure 5: Processus conduisant Caroline à l'abandon de son rôle maternel



#### 4.15.2 Variables associées aux soignants et aux autres agents d'intervention

Il ressort de ce cas que les soins apportés à Caroline, lesquels furent principalement orientés par sa pathologie spécifique plus que par les facteurs conjugaux et familiaux largement responsables des variations de son état, eurent essentiellement pour effet de contenir la patiente. Ces soins n'affectèrent que très peu les facteurs, pour l'essentiel, associés à ses responsabilités maternelles, responsables en grande partie des problèmes auxquels s'adressaient les soignants. En traitant les symptômes, était-il possible d'envisager intervenir davantage et de façon plus continue, aussi, auprès des facteurs qui les provoquaient? Cette question mène à examiner le rôle des soignants.

Les variables relatives aux soignants et aux intervenants se sont d'abord manifestées dans leur investissement auprès de la patiente et de sa famille ainsi que dans leurs orientations de traitement. Au cours des deux premières années du suivi psychiatrique de Caroline dans l'établissement où s'est tenue cette étude, l'on observa, chez les différents soignants et intervenants, plusieurs types d'investissement accompagnés de revirements fréquents dans leurs orientations de traitement. Ces types d'investissement variaient d'un investissement de type ajustement-attente en passant, dans les moments de crise ou de risque élevé, à un investissement de type mobilisation et, plus rarement, à un investissement de type thérapeutique et au désinvestissement.

Ces types d'investissement se distinguent par leur niveau d'intensité et par les objectifs sur lesquels ils s'appuient. Dans l'investissement du type ajustement-attente, les interventions étaient principalement centrées sur l'observation de la patiente et sur l'ajustement des interventions selon ses réactions et l'évolution de son état. Les soignants avaient, alors, tendance à adopter une position d'attente, laissant les solutions émerger de la patiente, elle-même, ou de sa famille. Ce type d'investissement, d'un niveau assez limité, prédomina dans le cas de Caroline mais il se manifesta plus souvent durant la première partie de son histoire, période où elle n'était pas ou peu connue des soignants. Dès le début du suivi, le psychiatre traitant saisit la lourdeur et la complexité de la problématique de la patiente. Il posa le diagnostic de "borderline avec acting out et potentiel psychotique" et rendit compte de son attitude "paralysante en entrevue" de sa "stable instabilité", de son "état fluctuant" et de ses "difficultés conjugales chroniques". Lors d'une des premières hospitalisations, Caroline "menace de se suicider" alors que son psychiatre "veut la congédier". Il tente de la "confronter progressivement" et il "attend que l'attitude de la patiente" lui "suggère une diminution des acting out pour la congédier". Dès que l'état de la patiente se stabilise, il la congédie pour ne "pas renforcer ses attitudes". Rappelons qu'à cette étape, les congés de la patiente correspondent souvent à des rapprochements entre elle et son conjoint. Au cours de la troisième grossesse de la patiente, lorsqu'elle demande un avortement, l'on trouve un autre exemple d'investissement de type ajustement-attente. Le psychiatre, étant d'avis "qu'il était prévisible que la grave problématique borderline..." de la patiente "... l'amènerait à attendre à la dernière limite de

faisabilité médico-légale pour prendre cette décision”, précise qu’il n’a “d’autres possibilités que d’attendre et d’accepter le rôle d’acteur passif... ”.

L’investissement de type mobilisation, d’un niveau d’intensité plus élevé que le précédent, se manifesta plus fréquemment en contexte d’urgence chez les soignants qui ne connaissaient pas ou que très peu la patiente. Il importait, alors, de contrôler les situations de risque ou de crise et d’obtenir le maximum d’informations concernant la patiente et sa famille. Les interventions étaient axées sur l’encadrement de la patiente et sur une évaluation des facteurs de risque pour la patiente et pour la famille. Une fois ces objectifs atteints, le niveau d’investissement diminuait et revenait, le plus souvent, à un investissement de type ajustement-attente. Il faut se rappeler, qu’à cette période, Caroline se présentait très fréquemment à l’urgence psychiatrique, en état de crise, après avoir fait des menaces ou des gestes suicidaires. Aussi, les conditions de vie familiale n’étaient pas connues. À sa première visite à l’urgence, les soignants sont intervenus auprès d’une travailleuse sociale de la DPJ, puis, auprès du conjoint et de la mère de ce dernier, pour connaître les conditions dans lesquelles se trouvaient la famille et les enfants de Caroline. Ces contacts ont aussi permis de corroborer l’histoire racontée par Caroline à son admission. Une fois, les conditions de vie familiale connues, les soignants de Caroline ont cessé leurs interventions auprès de la famille jusqu’à la thérapie de couple, deux ans plus tard. D’autres manifestations d’investissement d’intensité plus élevée furent observées lorsque Caroline faisait part d’intentions ou de besoins spécifiques pour lesquels la mise en place des solutions requises exigeait le soutien des intervenants. La recherche d’un hébergement, à sa deuxième visite à l’urgence psychiatrique, comme les démarches auprès du centre de désintoxication en sont des exemples. Encore là, l’investissement des soignants cessa une fois la demande répondue.

À de plus rares occasions, les soignants ont fait preuve d’un investissement de type thérapeutique dans des tentatives de soutenir la patiente dans un processus de changement à plus long terme. Dans ces circonstances, la patiente investissait elle-même dans son traitement et montrait de la motivation à cet égard. D’autres facteurs comme la mobilisation de la famille, pouvant être perçue alors comme un élément renforçateur de l’amélioration de l’état de la patiente, ont favorisé ce type d’investissement chez les soignants. La thérapie de couple et les interventions de soutien et d’accompagnement lors des rencontres de la patiente et de son troisième enfant en sont des exemples. Les nombreux revirements dans les orientations de traitement provoqués par les changements inattendus de décision de la part de la patiente et de son conjoint ou, encore, les échecs des interventions mises en place, comme la thérapie de couple et les visites d’accompagnement, ont mis fin aux tentatives des soignants d’investir à un niveau thérapeutique.

Durant la première partie de l’histoire de Caroline, l’on observa, à quelques reprises, des réductions parfois drastiques du niveau d’investissement des soignants, s’apparentant à du désinvestissement. Notamment, dans les situations où Caroline présentait des troubles du comportement, perçus alors

comme de la manipulation ou de l'opposition, ou, suite à des revirements imprévisibles de la patiente et de son conjoint quant à l'orientation d'un hébergement, et ce, après qu'il y ait eu un investissement important de la part des soignants et intervenants pour la recherche d'un hébergement.

En somme, notamment durant la première partie du suivi de Caroline, un mouvement d'alternance entre les différents types d'investissement fut observé de la part des soignants, associé aux changements brusques et inattendus de l'état, des décisions et des comportements de la patiente, lesquels étaient associés aux mouvements successifs et inattendus de rapprochement-éloignement entre la patiente et son premier conjoint. Ces mouvements dans l'investissement des soignants ont laissé l'impression d'une incohérence dans les orientations de leurs traitements. Parallèlement, il se produisait pour la patiente un mouvement répétitif de va-et-vient entre l'hôpital et son milieu environnant. Cette analyse portant sur les changements dans les types d'investissement des soignants selon les changements de l'état et des comportements de la patiente de même que selon son niveau d'investissement rappelle les propositions formulées en ce sens dès les premières analyses sur ce cas (p. 94, 96). Elles sont synthétisées ici comme suit: (H) *l'investissement des soignants est associé aux variations de l'état et des comportements de la patiente de même qu'à son investissement*. La Figure 6 représente cette dynamique entre les états et comportements de la patiente et l'investissement des soignants.

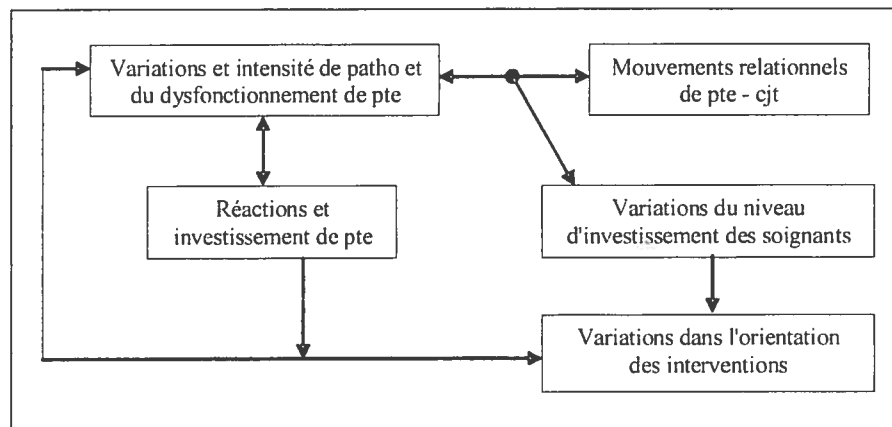


Figure 6: Relations entre les variations de l'état et des comportements de Caroline et l'investissement des soignants

#### 4.15.2.1 Perceptions et investissement des soignants

En dépit du fait que les données de cette étude ne permettent pas de statuer avec certitude sur les perceptions des soignants et intervenants qui furent impliqués auprès de la patiente et de sa famille, il est possible d'évoquer certaines relations hypothétiques entre leur investissement et leurs perceptions. Par exemple, l'investissement de type mobilisation s'étant manifesté, le plus souvent, dans des contextes de crise ou d'urgence peut être associé à la perception chez les soignants d'un risque élevé pour la patiente ou ses enfants ou encore à la perception d'une souffrance ou d'une détresse chez la patiente, lesquelles pourraient accroître le risque de passage à l'acte de sa part. Dans ce dernier cas, les soignants avaient tendance à insister sur la nécessité d'une hospitalisation prolongée et d'un encadrement plus important. Lorsque la patiente "se présente" à l'urgence "à sa façon habituelle", suivant une "tentative de suicide par strangulation", en dépit du fait qu'elle "réclame son congé d'une façon virulente", le psychiatre, percevant le besoin de la patiente "d'être contenue par l'hôpital", est d'avis "qu'il faut céder car elle n'arrêtera pas". Il décide alors d'hospitaliser la patiente, plutôt que de la garder à l'urgence pour un bref séjour, et d'adopter des "mesures appropriées pour contrôler ses acting out", c'est-à-dire, de "surveiller les fugues" et d'imposer une "cure fermée si elle veut signer un refus de traitement".

Le désinvestissement, qui fut observé surtout lors des premières admissions de la patiente à l'urgence et qui menait souvent à la mise à distance de la patiente du milieu d'intervention par des congés rapides et successifs, se manifestait surtout dans les situations où Caroline adoptait des comportements opposants, était à l'origine d'imprévus obligeant les soignants à réorienter leurs interventions ou, encore, fournissait des réponses inattendues ou insatisfaisantes aux interventions des soignants. Ceux-ci avaient alors tendance à interpréter ses comportements et symptômes comme de la manipulation sans y voir de risques immédiats. Ces observations suggèrent (H) *que les réponses insatisfaisantes de la patiente ont pu susciter chez les soignants des sentiments d'impuissance et de frustration et la perception que leurs interventions étaient inefficaces menant ainsi à leur désinvestissement.*

L'investissement de type thérapeutique, observé comme le désinvestissement à de plus rares occasions, se manifestait dans les épisodes où la patiente, elle-même, faisait preuve d'une motivation ou d'un investissement plus élevés à l'égard de son traitement ou d'un objectif de changement. Cela peut être associé à la perception chez les soignants d'un potentiel plus élevé d'amélioration chez la patiente ou d'une possibilité de solution viable, notamment, lorsque des ressources de son entourage comme son premier conjoint, sa belle-soeur ou encore une ressource d'hébergement étaient disponibles.

L'investissement de type "ajustement-attente" pourrait être associé à la perception chez les soignants d'un faible potentiel d'amélioration chez la patiente ou à une perception d'inefficacité de leurs

interventions si l'on outrepassé un certain niveau d'investissement. L'élargissement des interventions –par exemple, des exigences de traitements pour la toxicomanie, la supervision des interactions mère-enfant– pourrait encourir certains risques dont celui de re-déséquilibrer l'état de la patiente, de compromettre l'alliance thérapeutique et, ainsi, de complexifier les interventions. Durant la deuxième partie de l'histoire de Caroline, sa période d'accalmie, l'investissement des soignants, présent mais limité (rencontres avec son psychiatre sur une base mensuelle en clinique externe), est relié à un état relativement stable de la patiente. Plusieurs facteurs, de nature familiale, peuvent expliquer cette accalmie chez la patiente. Cependant, dans cette situation précise, les exigences de traitement relatives au changement ou à des modifications de comportement, notamment en rapport avec les problèmes importants de toxicomanie à cette période, sont aussi inexistantes. Cela peut s'expliquer par le fait que les tentatives antérieures d'investissement plus important (transfert en centre de désintoxication et thérapie de couple) avaient contribué aux déséquilibres de l'état de la patiente. On pourrait, ainsi, considérer qu'il y a plus de risques à faire pression sur la patiente pour une plus grande prise en charge que de chercher à maintenir une fragile stabilité.

En somme, des relations entre l'investissement des soignants et les variations de l'état, des comportements de la patiente ainsi que de son niveau d'investissement à elle ont été évoquées plus haut. D'autres facteurs, associés aux soignants, tels leurs perceptions du potentiel d'amélioration de la patiente, de la présence de ressources viables autour d'elle, des risques associés à l'état de la patiente, du risque d'augmenter la complexité des interventions, si on les élargit au-delà des problèmes spécifiques à la patiente, et du risque de compromettre l'alliance thérapeutique ont pu influencer, à leur tour, l'investissement des soignants. Ces variables peuvent, en partie, expliquer la perception *hic and nunc* des soignants à l'égard de la patiente ou le fait qu'ils aient eu tendance à ne retenir que les éléments reliés de façon immédiate à l'état de la patiente. Cette analyse suggère donc (H) *que l'investissement des soignants est influencé par leurs perceptions du potentiel d'amélioration de la patiente, la présence de ressources viables autour d'elle, les risques associés à l'état de la patiente, le risque d'augmenter la complexité des interventions si on les élargit au-delà des problèmes spécifiques à la patiente, et le risque de compromettre l'alliance thérapeutique.* Cette proposition est représentée à la Figure 7.

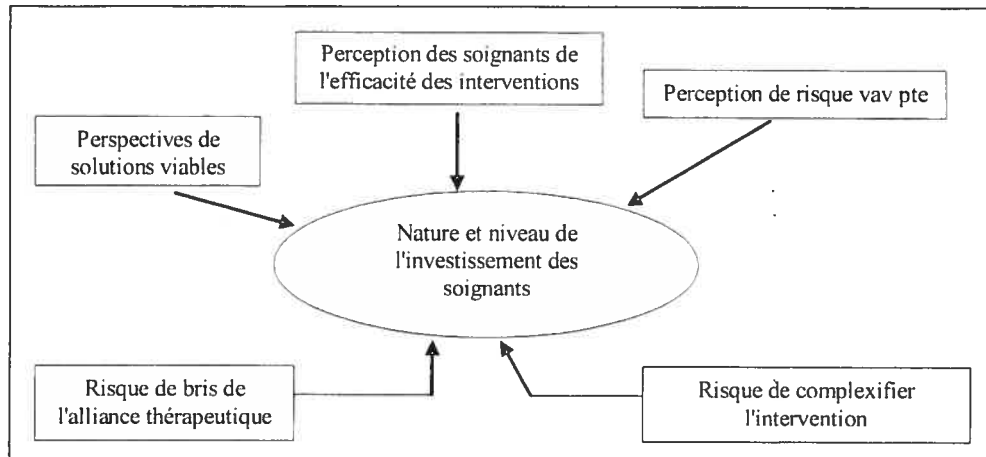


Figure 7: Facteurs relatifs aux soignants de Caroline influençant la nature et le niveau de leur investissement

#### 4.15.2.2 Compartimentation et discontinuité des interventions

De façon générale, les interventions des soignants et intervenants n'ont pas ou ont eu peu d'impact positif à long terme sur l'état de la patiente. Dans tous les types d'investissement, les interventions ont été généralement brèves. Elles se caractérisaient par le fait qu'elles étaient compartimentées et discontinues. Que ce soit pour l'évaluation des facteurs de risque pour la patiente ou ses enfants ou lors des interventions de référence à d'autres médecins spécialistes ou à des intervenants du CLSC, par exemple, même dans le cas d'un investissement plus élevé, les interventions se limitaient aux interventions minimales requises selon le contexte d'intervention. À titre d'exemple, lors du premier séjour de Caroline à l'urgence, les soignants ont procédé à l'évaluation psychiatrique de la patiente ainsi qu'à une évaluation–prise d'informations, par seul contact téléphonique–sur les conditions de vie de ses enfants. Cette recherche d'informations répondait à l'objectif de déterminer le niveau de risque auquel les filles de Caroline étaient exposées. Une fois rassurés sur la sécurité physique des enfants, les soignants n'ont initié aucune autre intervention les concernant ou concernant la famille. Ces interventions ont été jugées suffisantes pour répondre aux questions pressantes des soignants. Dans les situations d'investissement plus élevé, comme les investissements de type thérapeutique, les interventions furent aussi brèves et discontinues. Ce type d'investissement se manifestait, le plus souvent, dans des contextes où la patiente, plus motivée qu'à l'habitude, demandait, par exemple, des services "d'hébergement" ou de "désintoxication" ou, encore, d'être soutenue dans le processus de reprise de la charge de son troisième enfant. Mais, étant donné l'ambivalence et les nombreux revirements typiques auxquels la patiente et ses conjoints avaient habitué les soignants, ces interventions, à portée plus thérapeutique que celles habituellement tenues, cessaient en même temps que la patiente, incapable de maintenir son investissement, les désinvestissait. En somme, (H) la

*compartimentation et la discontinuité fréquemment observées dans les interventions qui se sont adressées à Caroline relevèrent, tantôt, des frontières de rôles des soignants auxquelles ils étaient tenus selon leur contexte d'intervention, tantôt, du niveau d'investissement très variable de la patiente à l'égard des interventions.*

#### 4.15.2.3 Changement dans l'orientation générale des soignants

Au fur et à mesure du déroulement de l'histoire de Caroline, malgré le caractère bref et morcelé des interventions, l'on observe un changement dans l'orientation générale des soignants, particulièrement le psychiatre traitant, à l'égard de la patiente. À partir du deuxième épisode au cours duquel Caroline fut suivie par son psychiatre et un remplaçant, ces soignants—notamment le psychiatre remplaçant mais aussi le psychiatre traitant—montrèrent une plus grande sensibilité à la “souffrance intérieure” et à la “tristesse” de la patiente. Parallèlement, le psychiatre traitant eut tendance, en comparaison des épisodes précédents, à prolonger le temps d'hospitalisation de la patiente. Rappelons, par ailleurs, que cette hospitalisation suivait un geste suicidaire de la patiente, une “tentative de suicide par strangulation”. Il s'agissait de son premier geste suicidaire sérieux, depuis qu'il la suivait, ce qui a pu contribuer à sa perception plus durable d'un risque élevé pour la patiente.

Jusque là, le premier conjoint, s'était toujours montré disposé à reprendre la vie commune avec la patiente. Mais, la distanciation entre la patiente et sa famille (premier conjoint, filles) se confirme et se concrétise. Les problèmes de la patiente reliés au processus de séparation sont réactivés à chacune des étapes de ce processus. À cette période, le psychiatre traitant semble saisir plus clairement la dynamique de la patiente, particulièrement son “incapacité à s'organiser” dans un contexte de conflit conjugal et familial. D'où cette orientation plus précise quant à l'hospitalisation: de “brefs séjours avant les acting out pour l'aider à désamorcer les situations” et pour l'aider à “récupérer”.

À partir de cette période, les facteurs externes à la patiente, c'est-à-dire les réactions significatives de confrontation, parfois même de rejet, de la part des membres de la famille sont présentés comme des facteurs pouvant influencer l'état de la patiente. Caroline ne serait plus la seule responsable de son état et de ses comportements. Ces réactions de sa famille suscitaient, chez-elle, des émotions dysphoriques, mais aussi, des tentatives de prise en charge personnelle, deux des éléments, qui selon les hypothèses énoncées plus haut, pourraient favoriser un investissement plus élevé chez les soignants. C'est à cette période qu'ils ont référé la patiente à un centre de désintoxication et qu'ils ont instauré la thérapie de couple.

En somme, ce changement dans l'orientation générale des soignants, dont le psychiatre traitant, est associé à une compréhension différente des comportements et attitudes de la patiente, lesquels sont mis

en correspondance avec les comportements et attitudes de retrait des membres de la famille. Cela a pour effet de modifier leurs propres attitudes à l'égard de la patiente, en exerçant, par exemple, une plus grande prudence à l'égard des congés. En d'autres termes (H) *la perception des soignants des comportements et attitudes de la patiente et de sa famille influence leurs attitudes à l'égard de la patiente ainsi que les orientations de leurs interventions.*

#### 4.15.2.4 Persistance de certaines tendances chez les soignants

En dépit de certains changements notés dans l'orientation et dans certaines attitudes des soignants à l'égard de la patiente, certaines autres tendances sont demeurées pour l'ensemble du suivi de la patiente, sensiblement uniformes. Notamment, la tendance à maintenir un investissement de type ajustement-attente, la tendance à accorder les congés dès la stabilisation de l'état de la patiente. On note, de plus, chez les soignants, la tendance à interpréter les problèmes de comportement de la patiente comme des manoeuvres pour obtenir de l'attention au risque de minimiser les facteurs de dangerosité tant pour la patiente elle-même que pour les enfants. Les propos de la patiente, pouvant semer de l'inquiétude envers les enfants sont rapidement mis en doute. Revenons à cette admission à l'urgence où, une semaine après son congé d'une hospitalisation, suivant une "thérapie de couple houleuse" et une "crise quasi-convulsive" devant les enfants, la patiente évoque ses "pensées contrôlées par une femme... qui lui parlerait constamment lui dictant quoi faire... qui lui aurait dit de tuer un de ses enfants... pour que cette personne qui est à l'intérieur d'elle" puisse "incorporer l'enfant". Elle évoque, de plus, des "scènes de massacre, de violence" et la crainte de "s'automutiler". Pour le résident, qui la reçoit à l'urgence, le "contrôle et le vol de pensée" sont "douteux dans le tableau d'une séance de thérapie conjugale houleuse". Il entrevoit un "congé" le lendemain "avec une structure appropriée". Le psychiatre traitant corrobore cette opinion. Il "accueille avec scepticisme" les "voix" de la patiente. Il s'agit, selon lui, d'une "tentative de captiver l'attention des psychiatres". Il lui donne congé définitif dès qu'elle redevient calme et qu'elle exprime son désir de revoir son conjoint et ses enfants. Selon lui, elle ne représente pas un menace pour sa famille. Pourtant, trois semaines plus tard, la patiente est réadmise une nouvelle fois à l'urgence. Son psychiatre la décrit comme étant "chroniquement instable", "dans une de ses "périodes de plus grande désorganisation où elle explose dans des acting out spectaculaires". "Elle aurait donné du xanax à ses enfants (sans intention homicide) ... s'est lacérée le bras gauche ++ et s'est fait une longue entaille dans le cou". S'appuyant sur "ses expériences antérieures avec la patiente", le psychiatre traitant y voit une "demande" de la patiente "de retrait de son milieu". Il l'hospitalise puisqu'elle "ne se sent pas prête à retourner chez-elle" et, misant sur la "thérapie de couple", il attend "que la relation se clarifie avec le mari avant de lui donner congé". Les soignants associent les symptômes, ainsi exprimés, au conflit conjugal et n'évoquent jamais les difficultés que la patiente pourrait ressentir à l'égard de son rôle maternel. De la même façon, lors de la décompensation de la patiente, au cours des premiers mois de sa grossesse, le psychiatre relie



l'“angoisse sévère et paralysante” de la patiente “aux problèmes de séparation et à la régression qui s'est installée depuis le début de la grossesse”. Selon lui, elle “semble prendre tous les moyens pour que l'on s'occupe d'elle” et il l'incite à “cesser ses menaces lorsqu'elle n'a besoin que d'attention”. Ce n'est que douze jours plus tard, lorsque que la patiente est réadmise après avoir consommé “20 rivotrils... pour tuer son bébé” ainsi que du “hash” et de la “coke” en quantité et qu'elle “revendique un avortement avec fermeté et constance”, que les soignants évoqueront son sentiment d'être “incapable de s'occuper de son bébé”, d'être “dépassée par ... tous les symptômes de la grossesse”. Il devient alors “clair”, pour le psychiatre traitant, “qu'elle ne sera pas en mesure de s'occuper de son enfant, qu'elle sera même un danger et, que sa décision (avortement) est réaliste”. En somme, ces données permettent de proposer que (H) *les tendances, notées chez les soignants, à maintenir les mêmes perceptions et interprétations des comportements de la patiente pourraient contribuer au maintien des orientations des interventions et du niveau d'investissement des soignants*. Cela peut aussi être relié à des facteurs organisationnels qui seront discutés à la section suivante.

#### 4.15.2.5 Investissement auprès des enfants

Jusqu'à la naissance du troisième enfant, l'investissement à l'égard des enfants demeura limité. Au tout début, l'on se préoccupa de la sécurité des filles de la patiente. Mais l'évaluation de leur sécurité n'alla pas jusqu'à l'évaluation directe des compétences maternelles de la patiente. Alors que Caroline était admise, à répétition, à l'urgence, qu'elle vivait avec son deuxième conjoint, toxicomane, et qu'elle consommait, elle-même, des drogues, elle fut décrite comme pouvant “... bien s'occuper de ses enfants”. Des problèmes avaient pourtant déjà été identifiés chez les filles de Caroline au point de nécessiter des interventions pour chacune d'elles et des interventions de la DPJ. À une reprise, selon les données obtenues, le psychiatre traitant évoqua, dans une lettre destinée à l'avocat de la patiente, la nécessité d'établir des “balises” lors des rencontres mère-enfants, jugeant de la nécessité qu'un “tiers responsable” participe à ces rencontres. Il n'y eut pas de suite à ces recommandations. Il convient de s'interroger, ici, sur les motifs du non engagement des soignants ou intervenants à l'égard de la mise en place et du respect ces recommandations. Qui ou quelle instance devrait assumer un tel engagement: les soignants du milieu hospitalier, la DPJ, le milieu judiciaire, ou d'autres acteurs ?

À la naissance du troisième enfant, en dépit des problèmes importants présentés durant la grossesse, le psychiatre jugea, sans évaluation complète, la patiente apte à s'occuper du nourrisson. Il semblait alors s'appuyer sur la belle-famille de Caroline, très présente, et sur le CLSC qui avait pris la patiente en charge vers la fin de sa grossesse. Il semblait assuré de la sécurité de l'enfant. Suite à son geste suicidaire devant le métro, la patiente, alors dans un état dépressif, se mobilisa pour reprendre la charge de son enfant. Le psychiatre et les soignants qui l'entouraient n'hésitèrent pas à mettre en place un système d'accompagnement afin de permettre des rencontres médiatisées entre la patiente et son enfant.

Ces interventions cessèrent après le constat que ces rencontres, loin d'aider la patiente à se prendre en charge, contribuaient, plutôt, à la détérioration constante de son état.

En résumé, en dépit de l'investissement plus important qui fut destiné à la patiente et à son troisième enfant, l'investissement des soignants à l'égard des enfants, mais aussi, le niveau de préoccupation à leur égard furent déficients. L'investissement, plus important, à l'égard du troisième enfant allait de pair avec le désir de la patiente d'être soutenue dans son processus de reprise de son rôle maternel. Selon les données obtenues, la patiente n'a pas formulé une telle demande de soutien dans son rôle maternel lorsqu'elle vivait avec ses deux filles. Il n'y a pas eu, non plus, auprès d'elles, d'investissement des soignants en vue de les protéger des conséquences des fluctuations de l'état et des comportements de leur mère. Il est plausible de penser, que du point de vue des soignants, une telle orientation, sans l'accord de la patiente, aurait pu compromettre l'alliance thérapeutique déjà fragile avec cette patiente et, du coup, complexifier l'intervention. Cette conclusion appuie deux propositions formulées en ce sens (p. 117) (H) *que l'intégration d'interventions visant la famille—dont les enfants—dans le plan d'intervention élaboré pour la patiente contribuerait à la complexité des interventions et provoquerait le risque de compromettre l'alliance thérapeutique avec la patiente et que (H) ce risque de compromettre l'alliance thérapeutique fait en sorte que les interventions des soignants sont dirigées principalement vers la patiente et exceptionnellement seulement vers sa famille.*

En somme, plusieurs facteurs relevant tant de la patiente—variations de son état et réactions, son niveau d'investissement à l'égard de sa famille et les interventions—, du système mère-famille— mouvements relationnels entre la patiente et son conjoint—, que des soignants— leurs perceptions du potentiel de la patiente et du niveau de ressources disponibles, des risques associés à l'état de la patiente mais aussi des risques associés à des interventions plus complexes—ainsi que du système d'intervention—notamment le fonctionnement selon le contexte d'intervention viennent influencer la nature et l'intensité de l'investissement de soignants de même que l'orientation de leurs interventions. Malgré le nombre de variables impliquées et des valeurs différentes qui les caractérisent, les perceptions, l'investissement et l'orientation des soignants ont tendance à s'uniformiser et à se maintenir. Elles se caractérisent notamment par leur compartimentation et leur discontinuité et par le fait qu'elles sont exclusivement centrées sur la patiente. La Figure 8 illustre la dynamique entre ces variables.

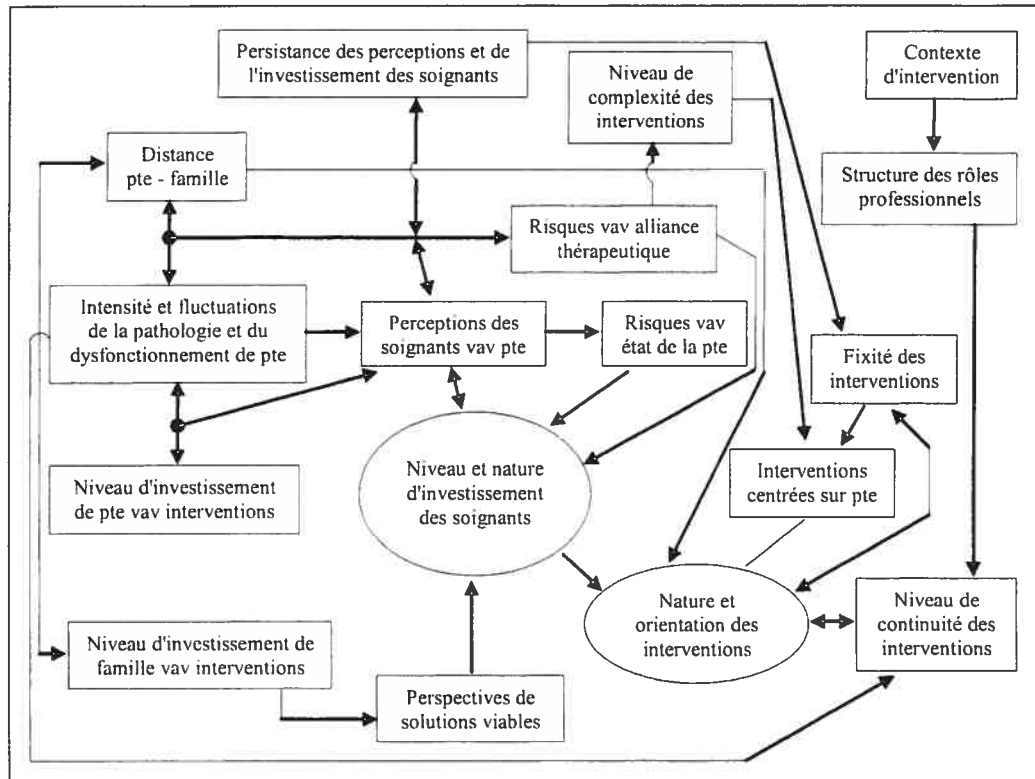


Figure 8: Facteurs relevant de l'ensemble des systèmes influençant la nature et l'intensité de l'investissement des soignants de Caroline et l'orientation de leurs interventions

#### 4.15.2.6 Directivité

Lorsque Caroline évoqua des craintes de devenir enceinte et qu'elle le devint, les soignants tentèrent quelques interventions à visée préventive qui consistèrent, essentiellement, en des références à d'autres spécialistes ou intervenants pour, entre autres, discuter de la contraception, évaluer la faisabilité d'un avortement ou demander des services du CLSC. Ces interventions ont été limitées à la demande de référence sans qu'il n'y ait un suivi pour s'assurer que la patiente poursuive les démarches entreprises. Un tel suivi aurait probablement nécessité de la part des soignants, qu'ils fassent pression auprès de la patiente ou qu'ils aient recours à une certaine directivité envers elle. Une attitude directive comportait, par ailleurs, le risque d'induire ou d'encourager un climat de confrontation avec la patiente et, donc, le risque de déséquilibrer l'état de la patiente et de devoir l'hospitaliser. En somme, plus de directivité chez les soignants risquait de les placer en conflit avec la patiente et, du coup, de compromettre l'alliance thérapeutique.

Le psychiatre traitant avait eu recours à un niveau plus élevé de directivité dans les situations où il faisait pression pour accélérer les congés définitifs. Cette pression s'exerçait, surtout au début, dans des conditions où la patiente ou ses conjoints répondaient d'une façon insatisfaisante ou inattendue au plan d'intervention prévu. Une telle réaction de directivité se produisait souvent suite à un investissement plus important de la part des soignants et autres intervenants. L'épisode où les soignants de l'urgence eurent à faire des démarches auprès des intervenantes d'une ressource d'hébergement, réticentes à accepter la patiente, alors qu'une fois ces démarches réalisées et réussies, la patiente décida de retourner vivre avec son conjoint de qui elle voulait se séparer en est un bon exemple. Dès son retour à l'urgence, dans les jours qui suivirent son congé, le psychiatre refusa de la garder à l'hôpital et fit pression pour qu'elle se trouve, elle-même, un hébergement. Bien que ces situations aient été peu nombreuses dans l'histoire de Caroline, l'on peut se demander si le recours à la directivité pourrait être associé à des sentiments de frustration et d'impuissance chez les soignants et intervenants ainsi qu'à une forme de désinvestissement provoqué par les réponses insatisfaisantes de la patiente. En d'autres termes, dans ces conditions, la directivité a pu être utilisée pour exclure ou placer la patiente à distance du milieu de soins.

Le contexte d'intervention pourrait être un facteur pouvant influencer le recours à la directivité. On constate, en effet, des différences selon que la patiente est hospitalisée ou suivie en externe. Dans le contexte de l'hospitalisation, les pressions des soignants visent principalement l'accélération du congé. Dans le cadre du suivi en externe, l'on ne note aucune directivité. Les propositions du psychiatre ne sont que suggestives. Outre l'impact négatif, pressenti par le psychiatre, d'une hospitalisation sur les comportements problématiques de la patiente, d'autres considérations, de nature organisationnelle, pourraient expliquer cette attitude plus directive, ou du moins plus pressante, des soignants comme, par exemple, les contraintes budgétaires découlant de normes d'efficacité qui obligent les médecins à diminuer de plus en plus les temps d'hospitalisation.

La relation entre la directivité des soignants, le risque de développer une relation fondée sur un climat de lutte et d'opposition et le désinvestissement des soignants ne s'est pas vérifiée dans toutes les situations. En effet, le psychiatre remplaçant, qui eut à s'occuper de Caroline lors d'une de ses hospitalisations, déploya un certain niveau de directivité lorsqu'il lui refusa un congé temporaire pour qu'elle aille dans sa famille. La patiente se montrait, alors, insistante pour obtenir ce congé. Tout en maintenant un encadrement ferme, il lui fit accepter l'hospitalisation. Il considérait qu'un rapprochement entre la patiente, qui "se sentait rejetée de son ex-mari", et sa famille qui voulait se tenir à distance d'elle, aggraverait son état déjà en déséquilibre. Ces données mettent, cependant, en évidence, une certaine empathie de la part du soignant et sa perception d'une "douleur intérieure" chez la patiente. Il prolongea son hospitalisation pour "permettre à cette douleur intérieure de s'exprimer", pour qu'elle trouve "une plus grande paix intérieure" et pour assurer "un cadre et un contrôle extérieur" afin qu'elle "ait des comportements adéquats". À son retour, le psychiatre traitant, percevant "le

caractère impulsif et manipulateur” des comportements de la patiente et constatant le rapprochement entre la patiente et son conjoint, s’orienta presque immédiatement vers un congé définitif. Par ailleurs, ce congé fut accordé d’une façon moins précipitée que lors des épisodes précédents. En raison de la “stable instabilité” de la patiente et percevant, chez-elle, des manifestations d’angoisse, il organisa un “plan progressif de congés temporaires”. Ce n’est que lorsqu’elle eut atteint un “équilibre satisfaisant” et qu’elle se soit “reconstruit un réseau à l’extérieur de l’hôpital” que le psychiatre traitant, jugeant le “congé viable”, l’accorda.

En somme, le cas de Caroline permet de proposer que (H) *la force de l’alliance thérapeutique entre la patiente et les soignants, la perception des soignants de l’état de souffrance de la patiente, leur niveau d’investissement associé à leurs perceptions et sentiments envers la patiente et le contexte d’intervention sont des facteurs pouvant influencer le niveau de directivité dans les interventions.* Cette proposition est représentée à la Figure 9.

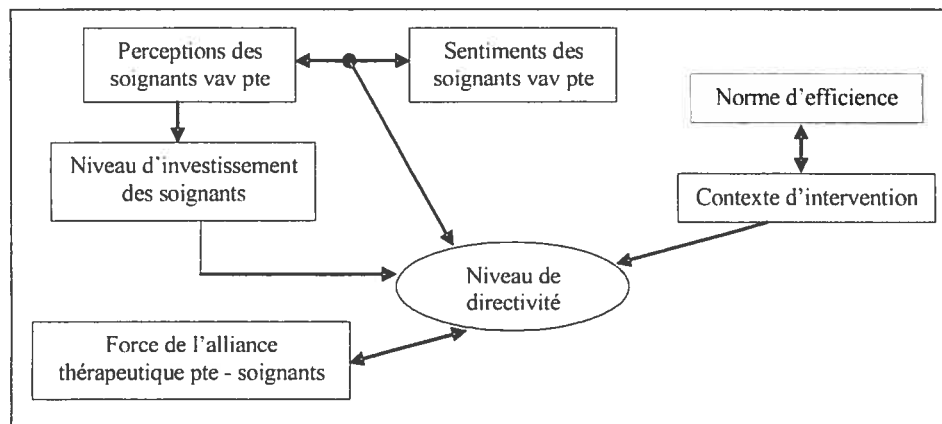


Figure 9: Facteurs pouvant influencer le niveau de directivité chez les soignants de Caroline

### 4.15.3 Variables associées aux organisations

#### 4.15.3.1 Communication, concertation et coordination

Comme les interventions pratiquées auprès de la patiente et de sa famille, les communications entre les soignants et intervenants, qu’ils proviennent du même établissement ou d’établissements différents, ont été brèves et discontinues. Les mécanismes institutionnalisés de concertation et de coordination étaient, pour leur part, déficients. Cela fut manifeste dès les premiers épisodes de l’histoire de Caroline.

Quelques jours après son admission à la ressource d'hébergement, à laquelle elle avait été référée de l'urgence, Caroline l'avait déjà quittée. Alors que les soignants de l'urgence avait dû offrir la garantie que la patiente serait réadmise à l'hôpital, en cas de problème, les intervenantes de la ressource n'ont pas prévenu les soignants du milieu hospitalier que la patiente n'y était plus hébergée. La patiente est revenue à l'urgence, trois semaines plus tard. Selon les intervenantes de la ressource d'hébergement, Caroline aurait dû être orientée vers un centre de crise plutôt que vers leur ressource.

Bien que l'on ait noté des carences en communication, en concertation et en coordination tout au long du suivi de Caroline, elles furent particulièrement mises en évidence, durant la troisième partie de l'histoire de la patiente. Les intervenants impliqués y étaient plus nombreux et provenaient de milieux différents (hôpital–psychiatrie, unité de gynéco-obstétrique, unité mère-enfant–DPJ, CLSC). Cela suggère que (H) *le nombre d'intervenants et leur provenance ou milieu de pratique pourraient influencer leurs communications entre eux ainsi que leurs mécanismes de concertation et de coordination.*

Cela n'exclut pas qu'il y ait eu de telles carences entre les soignants du milieu hospitalier. Dans certaines circonstances, comme lorsque les services étaient fournis à l'urgence et que le niveau de risque apparaissait élevé, les mécanismes de communication et de coordination semblaient plus efficaces. Cela peut aussi être relié au fait que ces soignants avaient une certaine habitude de travailler ensemble. De plus, oeuvrant dans la même unité, ils étaient soumis aux mêmes règles. Dans ce contexte, leurs rôles professionnels étaient ainsi mieux connus de chacun des membres de l'équipe. Des problèmes de communication, de concertation et de coordination se sont révélés entre les soignants de l'hôpital, qui provenaient de départements et de spécialités différentes. À titre d'exemple, rappelons, l'épisode portant sur l'évaluation de la faisabilité de l'avortement, où des problèmes de concertation furent mis en évidence entre le gynécologue, le service social médical et le psychiatre traitant. Il y eut, aussi, l'épisode de l'évaluation des compétences parentales de la patiente et de son conjoint, après la naissance de leur enfant. Dans cette séquence, à l'exception du dossier médical qui ne fut pas consulté, les communications directes—c'est-à-dire par échange verbal— entre le psychiatre traitant et les soignants de la gynéco-obstétrique et entre ces derniers et les intervenants de l'Unité mère-enfant, unité pourtant connexe au service de gynéco-obstétrique, furent inexistantes. C'est l'infirmière d'un CLSC, que la patiente et son conjoint allèrent consulter pour obtenir “des couches et du lait pour le bébé”, qui demanda l'évaluation des compétences parentales du couple. L'infirmière de l'Unité mère-enfant, apprenant alors que “ce couple est suivi en psychiatrie et que la cliente n'a pas la garde de ses deux filles aînées”, constate que cette famille est passée par les “trous du filet”. Elle conclut que “ce couple très défavorisé et démuné n'a pas été vu, aidé et évalué avant leur départ de l'hôpital”.

Elle met en place, avec le travailleur social de son équipe, une procédure d'évaluation des compétences parentales qui se déroule, durant une heure et demi, dans une chambre de l'hôpital. C'est alors que le

psychiatre intervient pour donner son avis que la patiente est “apte à s’occuper de son enfant” et que le couple devrait “retourner à la maison, recommandant, par ailleurs, un suivi du CLSC pour les soutenir dans leur nouveau rôle. Puis, il demande à une infirmière de la clinique externe en psychiatrie, laquelle n’a jamais suivi la patiente, de faire quelques visites à domicile. On ne retrouve, au dossier de la patiente, aucune mention de communication et de concertation entre cette infirmière et celle du CLSC, à qui on avait demandé des services.

Les communications entre les intervenantes de la DPJ et le psychiatre traitant ont été, du point de vue des intervenantes, très problématiques. Après plusieurs tentatives, non réussies, de discuter avec le psychiatre, les intervenantes de la DPJ ont décidé de “s’occuper de la plainte à la DPJ” formulée par l’infirmière du CLSC. Il a fallu trois plaintes avant que le nouveau-né soit retiré à ses parents. De l’avis d’une de ces intervenantes, le psychiatre qui aurait été “fâché” contre l’infirmière du CLSC, était en désaccord avec l’intervention de la DPJ, “ne voulait pas” que la patiente “soit suivie par une travailleuse sociale... il ne voulait pas travailler avec personne.” Cette situation met en évidence la complexité que peut représenter la communication et la concertation entre intervenants de milieux de pratique différents, dans un contexte de désaccord interprofessionnel.

En somme, les communications interprofessionnelles sont influencés par plusieurs facteurs. Des communications découlent la concertation interprofessionnelle et la coordination des interventions. Il apparaît, selon les données obtenues, que la provenance des intervenants influence la qualité des communications entre eux. Si les milieux de pratique sont différents, les communications s’en trouvent complexifiées. Cela peut devenir problématique, lorsqu’il y a désaccord entre les intervenants. Les communications ainsi que la concertation et la coordination des interventions semblent plus efficaces si les intervenants proviennent de la même équipe ou unité de travail. Cela pourrait être relié au fait qu’ils sont soumis aux mêmes normes, qu’ils ont une certaine habitude de travailler et que, de ce fait, leur rôles professionnels sont mieux connus par les pairs. L’appartenance à un même établissement, bien que n’étant pas une condition suffisante pour assurer des communications ainsi que des mécanismes de concertation et de coordination efficaces, semble être un facteur plus facilitant que l’appartenance à des milieux de pratique différents. Cette analyse, tenant compte de propositions déjà formulées (pp. 98 et 130) suggère que (H) *le nombre d’intervenants, leur provenance ou milieu de pratique, du fait que ces milieux déterminent les normes de travail, la structure de leurs rôles professionnels et leurs obligations influencent leurs communications entre eux ainsi que leurs mécanismes de concertation et de coordination et (H) qu’en l’absence de mécanismes de coordination efficaces, cette carence des communications s’associe à une réduction de l’efficacité des soins.* Cette proposition est représentée à la Figure 10.

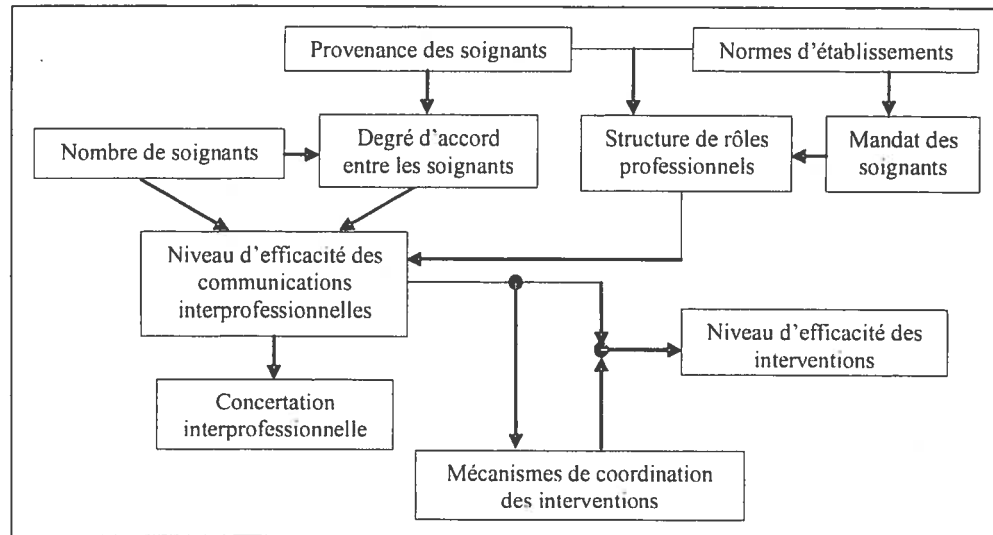


Figure 10: Facteurs pouvant influencer les mécanismes de communication et de concertation interprofessionnelles et de coordination des interventions

#### 4.15.3.2 Organisation du travail et niveau d'intégration des services

La brièveté et la discontinuité des interventions, discutées précédemment, pourraient être reliées aux frontières de rôles professionnels. Que ce soit dans leurs actions dirigées vers la patiente, sa famille ou vers d'autres intervenants par le biais de communications, les soignants et intervenants ont, en effet, semblé se limiter aux actions prescrites par leurs rôles professionnels. Certains problèmes de concertation et de coordination entre soignants du milieu hospitalier semblent relever de l'approche de la spécialisation médicale. Cela pourrait aussi expliquer la discontinuité des interventions et l'investissement limité observés à plusieurs reprises dans le cas présent. Ce fut le cas, par exemple, des références, sans suite, pour clarifier les questions de la contraception et de l'avortement. En se limitant essentiellement à la référence, les soignants n'ont pas pris en compte la complexité de ce processus accrue par la multiplication du nombre d'intervenants, non concertés, et la redondance de certaines interventions. Cela a pu faire en sorte que la patiente n'a pas poursuivi les démarches entreprises. Il convient de se demander si un suivi de la part du psychiatre ou une forme d'accompagnement pour la patiente dans ce processus, auraient pu contribuer à ce que les démarches entreprises aient l'effet attendu. Si la spécialisation a pour effet de limiter les interventions aux seuls problèmes auxquels elle peut répondre, il importe d'assurer une coordination solide pour assurer l'efficacité des interventions. Or, selon les données obtenues, la coordination était, le plus souvent, inexistante.

L'approche de spécialisation médicale pourrait aussi expliquer que les interventions n'aient pas outrepassé le système-patient. Les interventions, fondées sur cette approche, étaient centrées sur les problèmes de la patiente, et bien qu'un lien entre les actions et l'état de la patiente et les actions de sa



famille ait été mis en évidence, peu d'interventions étaient dirigées vers la famille. De la même façon, les intervenants de la DPJ ont restreint leurs activités à leur champ habituel de pratique, c'est-à-dire, la protection de l'enfant. Ainsi, ils n'ont pas répondu à la demande des soignants en psychiatrie de fournir un service de médiation entre la patiente et la mère substitut de l'enfant, service qui aurait pu être complémentaire au service d'accompagnement de la patiente lors de ses visites à son enfant. Le manque de ressources (humaines et matérielles), contrainte relevant plus clairement du supra-système organisationnel, fut invoqué comme autre facteur ayant limité les interventions de la DPJ comme celles de la ressource d'hébergement, au début de l'histoire de Caroline. Cela suggère que (H) *l'approche de spécialisation, indépendamment de sa nature, médicale ou sociale, est fondée sur un principe de division des tâches dont la fonction serait, entre autres, de répondre aux besoins d'un système de soins engorgé.*

Outre la spécialisation, les normes de pratique et les frontières de rôles professionnels ont aussi influencé la délimitation des interventions. Les activités et responsabilités de la DPJ sont, comme à l'hôpital, réparties en rôles spécialisés et étanches. Ce qui a posé problème dans le processus du placement de l'enfant. Une fois le placement terminé, une nouvelle équipe d'intervenants prit en charge le suivi de l'enfant, de la patiente et de son conjoint. Cela entraîna une brisure d'un lien de confiance, établi avec difficulté, entre la patiente et la première travailleuse sociale qui s'était occupée du placement. L'établissement d'une relation de confiance, dans un contexte où des intervenants occupent à la fois des rôles d'autorité, de juge et d'aidant est en soi difficile et l'est, d'autant plus, lorsque la clientèle visée éprouve déjà de la méfiance à leur égard. Ces intervenants peuvent, ainsi, se trouver en conflit de rôles. En somme, la division étanche des rôles professionnels, bien qu'elle puisse répondre à des besoins d'efficacité du système de soins, n'apparaît pas être le meilleur mode de fonctionnement pour remplir les besoins très larges de Caroline et de sa famille. Une telle organisation de rôles incite les intervenants à prioriser certaines activités au détriment d'autres pour lesquelles aucun service n'a été mis en place.

Le choix de cadre et de conditions d'intervention relève aussi de diverses instances administratives (normes de pratique de l'établissement, contraintes budgétaires, normes syndicales, ...). Un des facteurs qui semble avoir influencé la qualité de la relation entre la patiente et la première intervenante de la DPJ fut le fait que cette intervenante soit venue faire ses entrevues à l'hôpital. Alors qu'un des facteurs de tension entre la patiente et la deuxième travailleuse sociale de la DPJ et de discontinuité des interventions fut l'obligation pour la patiente de se rendre aux locaux de la DPJ pour ses entrevues. La mise en place de nouvelles conditions d'intervention plus adaptées aux besoins de la patiente et de sa famille, comme les entrevues à l'hôpital et l'accompagnement de la patiente à ses visites à son enfant, exigeait une organisation de service et du travail suffisamment flexible pour permettre cette adaptation. Par ailleurs, les contraintes administratives ne sont pas les seuls facteurs en cause. Dans les situations décrites ci-haut, l'élaboration de nouvelles conditions d'intervention exigeait un niveau plus important

d'investissement et de ressources de la part des soignants et intervenants. D'où, la nécessité que cet investissement soit fondé sur la croyance chez ces intervenants que l'enjeu en valait la peine et donc, que la patiente possédait un certain potentiel d'amélioration.

En conclusion, cette analyse suggère que (H) *des paramètres organisationnels tels les normes du milieu de pratique dont découlent les frontières de rôles professionnels ainsi que la division des tâches relatives à la spécialisation ont contribué à la discontinuité et à la non intégration des interventions.* (H) *Ces paramètres organisationnels ont la fonction de répondre aux besoins du système de soins au détriment, parfois, de ceux de la patiente et de sa famille.* La Figure 11 illustre l'analyse et les propositions ci-haut.

L'étude du cas de Caroline a donné lieu à une série de propositions, plausibles selon les données disponibles. Ces propositions seront mises à l'épreuve lorsqu'elles seront confrontées aux deux autres cas présentés aux chapitres suivants.

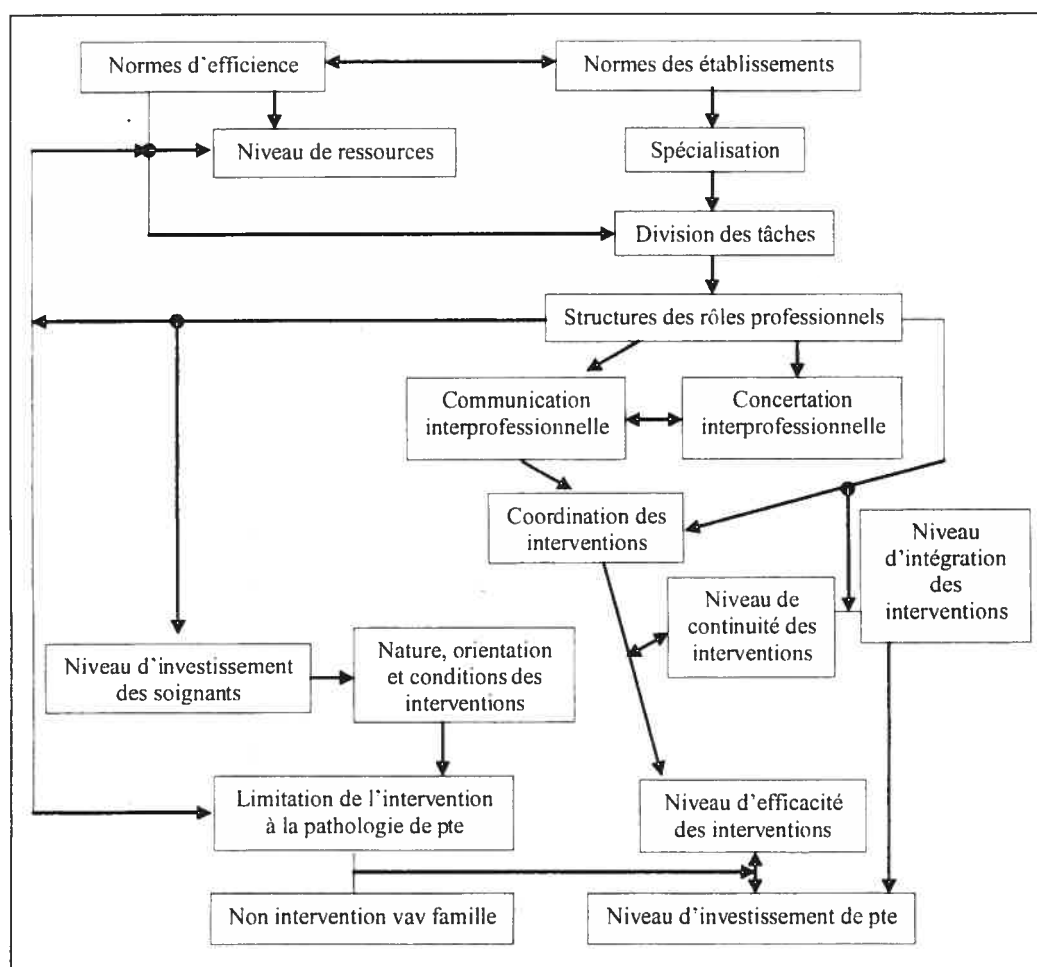


Figure 11: Impacts des facteurs organisationnels sur les interventions auprès de Caroline et de sa famille

## Chapitre 5

Danièle - À la fois mère, et enfant

Ce chapitre présente le cas de Danièle, le deuxième cas de cette étude. Son histoire psychiatrique se déroule sur trois années au cours desquelles elle fut hospitalisée à sept reprises. Entre ses hospitalisations, elle a été suivie de façon régulière en clinique externe par divers soignants de profession différente. Outre les interventions psychiatriques, médicales et de nursing, une thérapie de couple et des entrevues familiales dirigées par une travailleuse sociale ainsi que des interventions en ergothérapie furent mises en place, dès la première hospitalisation de la patiente. Certaines interventions en ergothérapie ont porté sur le rôle maternel et sur les interactions mère-enfant. Comme pour le premier cas, seront présentés un résumé de l'histoire personnelle de Danièle et une description, plus détaillée, de son évolution ainsi que de celle de son entourage dans le cadre de son suivi psychiatrique.

Le présent chapitre se distingue, cependant, de celui présentant l'histoire de Caroline par sa structure. Tout d'abord, l'histoire psychiatrique de Danièle n'est pas présentée dans tous ses détails. S'inspirant de l'approche d'élaboration théorique, basée sur des observations empiriques-sélectionnées selon une stratégie d'échantillonnage théorique et d'analyse comparative constante-, le cas de Danièle a été choisi en raison des similitudes et des différences qu'il comporte par rapport au cas de Caroline. Cela permettra de confirmer et d'enrichir les propositions, élaborées à partir du cas de Caroline, ou de les infirmer et, ainsi, lorsque cela sera possible, d'en développer de nouvelles. En conséquence, seront présentés, dans ce chapitre, les éléments de l'histoire les plus pertinents aux besoins de l'analyse.

Outre l'aspect comparatif entre les deux cas, celui de Danièle apporte un nouvel éclairage quant au phénomène du développement d'une psychopathologie en relation avec l'avènement d'une nouvelle maternité. Ce cas illustre l'effet de réverbération i) entre l'incapacité de la patiente à assumer son rôle maternel et le développement ainsi que l'évolution négative de sa psychopathologie et ii) entre la persistance de sa psychopathologie et des incapacités qui en découlent et l'élaboration de conflits conjugaux et familiaux.

En somme, après avoir présenté un résumé de l'histoire personnelle de Danièle, suivront, en première partie, son histoire psychiatrique, au cours de laquelle sera décrite l'évolution familiale, et les analyses relatives à la patiente, à son rôle maternel et à sa famille. La deuxième partie se centrera sur l'analyse des variables se rapportant aux soignants soit: leurs interactions avec la patiente, leurs perceptions, investissement et attitudes à l'égard de la patiente et de sa famille, les interventions portant sur le rôle maternel et les communications et la concertation interprofessionnelles. Dans cette partie, certains éléments de l'histoire seront repris afin d'illustrer les phénomènes décrits et les propositions qui en découleront.

## L'HISTOIRE ANTÉRIEURE DE DANIELÈ

Lorsque Danièle entreprend son traitement en psychiatrie, en décembre 1988, elle est âgée d'environ 30 ans et mère d'une petite fille âgée de trois mois. Elle est mariée depuis 9 ans à un homme qu'elle a fréquenté pendant quatre ans avant leur mariage.

Aînée d'une famille de deux enfants, Danièle a une soeur d'un an et demi sa cadette. La mère de la patiente a donné naissance à ses enfants alors qu'elle était dans la quarantaine. Danièle se décrit comme ayant été une enfant tranquille et introvertie qui avait peu d'ami(e)s. Elle attribue ses problèmes actuels à son milieu familial "problématique" duquel elle garde un souvenir malheureux. Elle décrit sa soeur comme ayant été une enfant "turbulente et extrovertie" qui aurait pris beaucoup de place et toute l'attention de leur mère. Sa mère est présentée comme ayant été "froide" et peu attentive à ses enfants. Soumise à des valeurs religieuses, la mère de Danièle adoptait une attitude d'effacement et de résignation à l'égard de son mari, le père de la patiente. Ainsi, elle n'aurait pas protégé ses enfants de la violence de leur père. Aux dires de la patiente, ce dernier aurait été un homme violent aux prises avec un problème d'alcoolisme. Il aurait battu ses filles et les aurait souvent menacées de les abandonner. En raison de son emploi, il aurait été peu présent à la maison. Danièle conserve, par ailleurs, une image clivée du père, qui tout en étant indifférent et mauvais, lui aurait tout de même apporté quelque-chose de bon. Il aurait été le seul à l'avoir encouragée et stimulée à poursuivre ses études. De l'avis de la patiente, il voyait en elle une image idéalisée de lui-même: "... J'adorais mon père mais il ne donnait pas d'amour. Il le démontrait en étant exigeant pour moi et en me poussant... J'essayais toujours de faire le mieux possible..." (Extrait d'entrevue, avec Danièle, ERG., 22.02.90).

La soeur de la patiente a eu sa part de problèmes ayant souffert de toxicomanie et d'une dépression post-partum, après la naissance de son fils. La soeur, elle-même séparée, aurait résolu ses problèmes après avoir entrepris une démarche de psychothérapie. Au moment de l'étude, Danièle maintenait toujours des contacts avec sa soeur, sa mère et sa tante, la soeur de sa mère. Son père est décédé alors qu'elle avait 24 ans.

Danièle a poursuivi ses études en vue de devenir secrétaire. Elle a occupé ce type d'emploi pendant plus de dix ans. Elle y était reconnue comme excellente et y trouvait, ainsi, beaucoup de valorisation. Jusqu'à la naissance de sa fille, elle y aurait toujours bien fonctionné étant active, bien organisée et très perfectionniste. Lors de son retour au travail, après la naissance de sa fille, elle réintègre son emploi sans trop de difficultés, s'y sentant plus à l'aise que dans son rôle de mère. Mais, elle finira par délaisser son rôle de travailleuse.

Danièle a rencontré son mari à l'âge de 16 ans et s'est mariée à 20 ans. Elle se serait mariée en raison

du déménagement de ses parents à l'extérieur de la ville. Selon Danièle, les débuts du mariage ont été difficiles car son mari la battait. Elle aurait, selon elle, fait cesser ces comportements violents en menaçant de le quitter. Danièle indique que son mari était lui-même issu d'une famille problématique où il y aurait eu violence et inceste. Les conjoints se sont adaptés l'un à l'autre et avaient une vie sociale intéressante ce qui, aux dires de la patiente, lui a laissé l'illusion d'une vie heureuse. Ils se sont installés progressivement dans une vie matérielle confortable et ont fait l'acquisition d'un condominium. Ce condo, bien meublé et très bien entretenu, témoignait que ce couple avait un niveau socio-économique moyen/élevé et une vie bien ordonnée<sup>65</sup>. Le couple en viendra à se séparer un an après le début du traitement psychiatrique de la patiente.

## **PARTIE 1 : DANIELÈ ET SA FAMILLE**

### **5.0 HISTOIRE PSYCHIATRIQUE**

#### **5.1 LE NOUVEAU RÔLE MATERNEL: UN SENTIMENT D'ÉCHEC**

Les problèmes psychiatriques de Danièle commencent au cours des mois qui suivent son accouchement. L'histoire obstétricale montre que la patiente a déjà eu une première grossesse, à l'automne 1987, qui s'est terminée par un avortement spontané à huit semaines de grossesse. La patiente avait alors réagi par beaucoup de tristesse mais s'en était remise avec son retour au travail. Un an plus tard, Danièle donne naissance à sa fille. Cette deuxième grossesse se déroule sans problème et la patiente y vit des moments très heureux bénéficiant d'un niveau élevé d'attention des membres de son entourage. À cette période, Danièle ne soupçonne pas les problèmes qui l'attendent:

---

... belle grossesse où je me sentais euphorique tout le temps, j'aurais donc aimé rester toujours comme ça... la maison aurait pu me tomber sur la tête, ça ne m'aurait pas dérangée, alors qu'avant je m'en faisais à rien... les trois premiers mois je ne me sentais pas aussi bien à cause des nausées mais après je n'ai jamais été aussi en forme jusqu'à la fin... rien ne pouvait m'atteindre ...

---

... tout le monde attendait ce bébé... tout le monde s'occupait de moi... pour ma mère c'était le deuxième enfant... et elle savait qu'il n'y en aurait pas d'autre, ma sœur a un garçon et nous n'en voulions pas d'autre, c'était décidé...

Th: Comment vous imaginiez-vous votre fille?

Da: ... comme une amie lorsqu'elle serait grande... [savait que c'était une fille pendant la grossesse ]... (Extraits d'entrevue avec Danièle, ERG., 22.02.90)

---

<sup>65</sup> Observations lors d'une visite au domicile de la patiente..

Les notes tirées du dossier obstétrical<sup>66</sup> de la patiente, bien que parcellaires, ne font aucune mention d'anomalie ou de complication en ce qui concerne le bébé. Danièle récupère bien de son accouchement mais elle éprouve des problèmes de sommeil à l'hôpital au point où elle doit demander une médication pour dormir. Elle ne donne, par elle-même, aucun soin à son enfant pendant son hospitalisation. Tout au plus, elle assiste à un bain donné au bébé âgée alors de quatre jours. Il s'agit de la seule mention de rapprochement mère-enfant notée au dossier, au cours de l'hospitalisation en post-partum. Elle explique n'avoir pu voir sa fille pendant les trente-six premières heures suivant sa naissance en raison du fait que l'enfant aurait aspiré du liquide amniotique, ce qui aurait nécessité des interventions médicales pour l'enfant. Aucune mention de ces faits n'est inscrit au dossier obstétrical de la patiente. Aussi, au retour à la maison avec son bébé, Danièle n'a que très peu d'expérience en matière de soins maternels. Lors d'une entrevue subséquente, la patiente exprime que, dès le début, elle s'est sentie malhabile avec l'enfant:

... mon accouchement a été très difficile... 20 heures de travail... je l'ai eu (enfant) quelques minutes sur moi... de toute façon, ils ne peuvent laisser les bébés trop longtemps sur nous pour ne pas qu'ils aient froid... je ne m'en suis pas occupée avant le troisième jour. Elle était sous une tente d'oxygène à cause de complications à l'accouchement... ça nous a énervés beaucoup... ça n'a pas aidé... dès départ ça a mal été... la première fois que j'ai voulu lui donner le biberon, elle ne voulait pas, elle régurgitait toujours... je l'ai passée à mon mari, avec lui, elle a pris son lait... (Extrait d'entrevue avec Danièle, ERG., 20.02.90)

Dès le début, la maternité est donc difficile pour Danièle. L'enfant a des coliques et pleure beaucoup. Danièle en vient rapidement à se sentir dépassée et incompétente dans son rôle de mère. Elle se sent incapable de s'occuper de son enfant. C'est son mari et d'autres membres de sa famille, en particulier sa mère et sa tante, qui s'occupent de donner les soins de base à l'enfant. Cette surcharge amène le conjoint à prendre, de façon précipitée, un congé de son travail qu'il avait tout d'abord prévu au moment où Danièle retournerait au travail. Cette situation de prise en charge du rôle maternel par l'entourage fait émerger, chez la patiente, le sentiment d'être abandonnée par son mari qui passe la plus grande partie de son temps à s'occuper de l'enfant ainsi qu'un sentiment de culpabilité à l'égard de sa mère qu'elle considère trop âgée pour assumer une telle charge:

... quand je suis retournée à la maison, ça a été pas pire les trois, quatre premières semaines, après ça s'est gâché... ma mère était à la maison, ça me fatiguait... d'abord je la trouvais trop âgée, j'avais peur qu'elle se fatigue... puis elle me fatiguait... c'était un bébé avec beaucoup de coliques... jusqu'à six mois, je ne pouvais jamais dormir, elle dormait 45 minutes au plus... au bout d'un mois j'étais épuisée... mon mari et ma mère s'en occupaient continuellement... ça m'énervait, me préoccupait et je me sentais coupable... mon mari travaillait et s'en occupait en plus... c'est là qu'il a décidé de prendre un congé de son travail... ce congé était déjà prévu au moment où je recommencerais travailler... il l'a pris quelques mois à l'avance... (Extrait d'entrevue avec Danièle, ERG., 20.02.90)

---

<sup>66</sup> Le dossier obstétrical fait partie du dossier médical. On y retrouve des informations concernant l'état de santé du bébé et de la mère.

Tout cela engendre chez elle un trouble de panique et dépression. Danièle fait appel au CLSC de son quartier et à un omnipraticien qui lui prescrit une médication pour une semaine. Mais, ses problèmes persistent. Elle consulte donc le docteur Bilodeau, psychiatre. Son bébé a alors 3 mois.

Au début du traitement, le docteur Bilodeau suit Danièle à son bureau privé. Son traitement consiste en une psychothérapie hebdomadaire de soutien complétée d'une médication. Ce suivi en bureau privé dure cinq mois. En raison de la lourdeur des problèmes de la patiente et de la nécessité de recourir, au besoin, à l'hospitalisation et à d'autres services professionnels, le psychiatre transfère la patiente au service de psychiatrie générale du centre hospitalier où il continue de la suivre à la clinique externe de psychiatrie.

Au début, le psychiatre est optimiste à l'égard de Danièle. La patiente présente, à son avis, un problème situationnel et temporaire. Il pose un diagnostic de "dépression post-partum avec une forte composante anxieuse" (Dossier médical, psychiatre traitant, CE, 05.01.89). S'appuyant uniquement sur les propos de la patiente, il ne soupçonne pas de problème particulier dans la famille et l'entourage. À cette époque, le conjoint est à la maison à temps plein en raison d'un congé de quelques mois de son travail pour prendre soin de l'enfant.

Dès les premières séances de thérapie, Danièle exprime des sentiments de culpabilité, de déception, de colère et de rejet à l'égard de son enfant ainsi qu'un sentiment d'incompétence dans son rôle de mère. Lorsqu'elle se retrouve seule avec son enfant, ses symptômes se manifestent sous forme d'angoisse et de panique. Lorsque le bébé a cinq mois, Danièle retourne au travail et son état s'améliore. Elle y est fonctionnelle et peu anxieuse. Mais, dès qu'elle retourne à la maison, le soir, les périodes d'angoisse reviennent en force. La patiente attribue cette angoisse au fait qu'elle se sente incompétente à l'égard de sa fille et qu'elle ne sait pas ce que "cette enfant attend d'elle" (Dossier médical, psychiatre traitant, CE, 15.02.89):

... j'ai recommencé à travailler après 4 mois et demi... j'étais contente mais j'angoissais toujours le matin... je me sentais coupable... à la maison je passais mon temps à la bercer, je ne faisais rien d'autre... au travail j'ai toujours bien fonctionné, mais au retour à la maison, mes angoisses reprenaient, j'étais incapable de m'en occuper.. (Extrait d'entrevue avec Danièle, ERG., 20.02.90)

Un mois et demi après le début de la thérapie avec le docteur Bilodeau, Danièle commence une seconde thérapie, sur une base hebdomadaire, avec une psychologue en bureau privé. Aucune donnée sur ces rencontres ne figure, à ce moment, au dossier pas plus que les motifs de la patiente pour l'entreprendre. Elle expliquera plus tard le recours à cette psychothérapeute par son insatisfaction à l'égard des interventions du milieu hospitalier qu'elle juge inefficaces. Le Docteur Bilodeau indiquera, ultérieurement, dans ses notes, son désaccord à l'égard de cette thérapie qui suscite, selon lui, trop d'anxiété chez la patiente.



À l'approche du retour au travail du conjoint–l'enfant a alors huit mois–Danièle vit une recrudescence des crises d'angoisse. Elle vit aussi des tensions avec son conjoint, tolérant difficilement le fait qu'il assume son rôle parental plus facilement qu'elle ne le peut. Docteur Bilodeau augmente la médication, composée d'un antidépresseur et d'un anxiolytique, et utilise, dans le cadre des séances de thérapie individuelle, une approche comportementale de désensibilisation qui consiste à exposer graduellement la patiente à sa fille. Cette approche apporte des résultats positifs pendant un bref laps de temps:

... va mieux... capable de rester plusieurs heures avec sa fille, seule, lorsqu'elle fait des courses ou dans la maison, lorsque le mari est accessible... décrit sentiment d'incompétence face à son mari... consciente qu'elle doit développer relation plus personnalisée avec sa fille... . (Dossier médical, psychiatre traitant, CE, 01.06.89)

... adaptation se poursuit tranquillement. Va mieux lorsque seule avec sa fille mais persistance d'anxiété intermittente lorsque tous les trois [patiente, conjoint et enfant] sont ensemble. Non déprimée cliniquement, ne présente plus d'attaque de panique... . (Dossier médical, psychiatre traitant, CE, 19.06.89)

Le jour précédent le retour au travail de son conjoint, Danièle est amenée à l'urgence psychiatrique suite à une "forte recrudescence de l'anxiété et de la tristesse" qui dure depuis une semaine. La patiente indique alors son intention de "donner son enfant âgée de huit mois en adoption" et exprime de "vagues projets suicidaires" (Dossier médical, psychiatre traitant, URG, 29.06.89). Cela mène à sa première hospitalisation en psychiatrie. Parmi les facteurs déclencheurs de cet épisode de crise, docteur Bilodeau note les "problèmes cardiaques récents de la mère" de la patiente et "le retour au travail du conjoint" ce qui représente pour la patiente, une diminution très marquée de soutien dans son rôle maternel. Elle se sent incapable de s'occuper de sa fille seule à la maison. Durant la première hospitalisation de Danièle, en l'absence du conjoint, ce sont sa mère et sa tante qui gardent l'enfant. Et cela, en dépit de leur âge avancé–les deux étant septuagénaires–et des problèmes de santé de la mère.

L'état de Danièle s'améliore rapidement de sorte que la première hospitalisation dure quatre jours seulement. Dès son retour à la maison et la reprise de ses responsabilités familiales, son état se détériore. Elle est réadmise, une semaine plus tard, pour une deuxième hospitalisation qui durera cinq mois.

Outre les sentiments d'anxiété et d'incompétence vécus à l'égard du rôle maternel, les interactions entre Danièle et sa fille suscitent chez la patiente le sentiment d'être délaissée. Ce qui contribue à la distanciation de la patiente à l'égard de son enfant et à la mise à distance de son rôle maternel: "... très déçue que sa fille ait été réticente à la voir. A l'impression que sa fille ne la reconnaît plus... par la suite décide qu'elle n'est pas en état actuellement pour aller voir sa fille ... (note, dossier médical, inf, HOP/8-16, 02.08.89). Durant la deuxième l'hospitalisation, Danièle s'occupera de sa fille, à distance, souvent par téléphone, prenant, cependant, elle-même les décisions concernant les soins à donner à

l'enfant. Mais elle évitera les situations la plaçant en contact direct avec l'enfant. En conséquence, la famille de même que les soignants se retrouveront dans une situation d'impasse. Et l'hospitalisation s'en trouvera prolongée. Ce portrait se répétera tout au cours de l'histoire psychiatrique de Danièle de sorte qu'elle ne reprendra que très partiellement ses rôles familiaux.

## 5.2 L'ÉMERGENCE DES CONFLITS CONJUGAL ET FAMILIAL

Depuis la première hospitalisation, Danièle exprime, à plusieurs reprises, le sentiment d'être incapable de s'occuper de l'enfant, de ne plus avoir sa place dans sa famille et d'être dans une impasse. Elle a, aussi, le sentiment d'être incomprise par son mari qui ne lui donne plus la même attention qu'auparavant:

... me dit être très angoissée vis à vis son bébé. Elle ne sait pas quoi faire avec ce bébé. Dit que celui-ci dérange beaucoup toute sa vie et elle se sent comme dans un étau quand elle est seule avec son bébé. Dit ne pas être à sa place ici mais ne veut pas être avec son enfant.. dit qu'elle ne peut pas composer avec les trois (mari, bébé et elle), se sent surpassée par tout ce qu'un bébé demande... (Dossier médical, inf., HÔP, 30.06.89)

... amélioration de l'humeur.. verbalise son angoisse.. craint de tout perdre, son mari et son foyer, ... ne se sent pas comprise, son entourage est blâmant et elle ne peut pas être tolérante envers elle-même ... se rend compte qu'elle a perdu une place qu'elle doit céder à son enfant. Ne peut pas l'intégrer dans son couple car elle perdrait toute l'attention qui était son habitude depuis le mariage... (Dossier médical, inf., HÔP, 02.07.89)

... quand mon mari est retourné au travail, j'étais incapable de rester seule avec ma fille... je suis rentrée à l'hôpital au même moment... je suis restée quatre mois et demi... là aussi j'ai senti des problèmes avec mon mari... il est venu me visiter deux fois pendant que j'étais hospitalisée... il avait toujours des prétextes: s'occuper du bébé, de l'épicerie, du ménage... mais ça n'explique pas qu'il ne m'ait pas visitée plus souvent ... mon mari n'est plus le même, je ne sais pas au juste, mais depuis l'accouchement, il n'est plus le même... (Extrait d'entrevue avec Danièle, 20.02.90)

Des conflits de longue date et des difficultés dans sa relation de couple sont rapidement mis en évidence et discutés avec Danièle de sorte que, dès le début de la deuxième hospitalisation, le docteur Bilodeau lui propose une thérapie de couple. Elle est aussi référée à l'ergothérapeute de l'équipe en vue d'une intégration au programme d'ergothérapie<sup>67</sup>. Le docteur Bilodeau lui suggère, de plus, de mettre fin à sa thérapie avec la psychologue qui la suit en bureau privé depuis quelques mois. De l'avis du psychiatre, cette thérapie de type introspective suscite trop d'anxiété chez la patiente.

---

<sup>67</sup> Pour une description du programme d'ergothérapie, se référer Contexte particulier à la section *Service d'ergothérapie*.

... parlons des changements survenus au niveau du couple depuis la naissance de l'enfant, difficulté de se rapprocher l'un de l'autre [conjoint] et culpabilité réciproque... anxiété de longue date, conflits originant de l'enfance réactivés par la maternité mais patiente actuellement trop fragile pour introspection... cessera pour le moment sa thérapie avec le psychologue (entrevues suscitant anxiété ++)... congé définitif aujourd'hui.. 1 semaine d'arrêt de travail, garde du bébé organisée pour une semaine... continuons médication... prochain r.v. le 10.07.89: poursuivre thérapie individuelle de support et cognitive ainsi que pharmacologique. Entrevues de couple à prévoir éventuellement. (Dossier médical, psychiatre traitant, HÔP, 03.07.89)

Au début, les thérapies de couple suscitent de l'espoir chez la patiente. Elle souhaite "renouer un contact plus étroit avec son mari". La travailleuse sociale note une motivation chez les deux partenaires. Toutefois, ces entrevues suscitent des prises de conscience difficiles. Alors que Danièle montre une bonne compréhension du problème dans la dynamique du couple, elle demeure incapable de réagir adéquatement aux situations problématiques. Par exemple, lorsque la relation de couple s'améliore, Danièle peut sortir de l'hôpital avec son mari mais elle est incapable de reprendre contact avec sa fille. La travailleuse sociale identifie un problème d'inversion des rôles entre les membres de la famille: La patiente occupe la place de l'enfant et le mari se retrouve le père de l'enfant et de la patiente. Dans cette perspective, l'enfant et la mère sont des rivales.

... madame très consciente de la dynamique en cause mais la colère l'empêche d'agir positivement. Identifions que pour combler la carence affective, le mari devient le père, l'enfant (devient) la mère, et elle, l'enfant qui demande à ce qu'on s'occupe d'elle... entente pour une semaine: Monsieur va plutôt se situer comme époux face à sa femme et madame comme épouse. Enfant, en sécurité, est mise de côté pour le moment. (Dossier médical, TS, HÔP, 31.07.89)

... se dit très angoissée... reparle de son entrevue de couple. Dit que ça lui a "rentré dedans" car sait qu'elle est une enfant, qui a eu un enfant mais ne sait pas quoi faire avec cela... reparle aussi de sa sortie de samedi chez-elle... Dit ne plus vouloir avoir de visite pour le moment car au lieu de l'aider, cela la "calle" ... se dit incapable d'y retourner car à chaque échec c'est de plus en plus difficile pour elle, par contre désire voir son enfant mais à l'extérieur de chez-elle ... . (Dossier médical, INF, HÔP/ 8-16, 01.08.89)

... verbalise facilement sur sa thérapie de couple, réalise que dans sa relation avec l'époux, elle a joué le rôle de la petite fille et son mari le rôle du père. Doit maintenant trouver sa place d'épouse.. sent que maintenant on lui pousse dans le dos alors qu'auparavant on faisait attention à elle ... . (Dossier médical, INF, HÔP/16-24, 14.08.89)

### **5.3 ÉLARGISSEMENT DU CONFLIT VERS L'ENTOURAGE (FAMILLE ET SOIGNANTS)**

Au fur et à mesure des entrevues de couple et des contacts subséquents avec sa famille, la patiente perçoit que son entourage manifeste plus d'attentes à son égard, la blâme et lui donne moins d'attention. Danièle exprime de plus en plus de colère envers son entourage et, même, envers les soignants. Ces

derniers ne feraient pas les bonnes interventions ou feraient trop de pression sur elle. Elle insiste toujours sur la place que son enfant lui a prise. Les extraits suivants illustrent ces réactions de la patiente:

... a trouvé fin de semaine difficile (tous ses plans ont été chambardés car elle devait se trouver seule avec son mari et ce ne fut pas le cas, l'enfant était avec eux)... parle de son impuissance à prendre soin de l'enfant. La venue de cette dernière a amené des changements dans sa vie qu'elle n'était pas prête à prendre: sentiment de vide et sentiment d'être abandonnée... (départ du psychiatre traitant) "tout va mal cette semaine"... . (Dossier médical, INF, HÔP/ 8-16, 03.08.89)

... manque de compréhension [de son mari] face à sa souffrance, croit que sa famille est blâmante par rapport à son comportement... (Dossier médical, INF, HÔP/8-16, 13.08.89)

... colère et même rage face au fait d'avoir perdu sa "place d'enfant" face à son mari ... . (Dossier médical, psychiatre traitant, HÔP, 14.08.89)

... patiente en colère contre la thérapie d'immersion progressive proposée lors de sa dépression post-partum. Elle la rend responsable de son état actuel i.e. d'être ici... difficulté à voir les progrès et difficultés à partager avec l'enfant le temps que son mari et elle avaient ensemble... patiente paraît fâchée que son mari lui ait dit qu'il en avait assez de cette situation. Elle dit: "Il ne s'en sortira pas comme ça, il va le savoir à la thérapie de couple... . (Dossier médical, INF, HÔP/8-16, 12.08.89)

... se sent en colère contre l'ergothérapeute qui lui demande de faire quelque-chose pour changer. Se sent enragée plus qu'en colère ... . (Dossier médical, INF, HÔP/ 8-16, 13.09.89)

Son humeur à l'égard des membres de sa famille peut aussi être très variable. Les extraits suivants montrent la grande variabilité dans les humeurs de Danièle qui se manifestent particulièrement par la colère et le contrôle qu'elle exerce sur les membres de sa famille lorsqu'ils ne répondent pas à ses attentes: "... belle humeur, sort davantage de sa chambre, plus calme, verbalise ... . voit l'avenir avec optimiste..." (Dossier médical, INF, HÔP/8-16, 28.07.89).

Quelques heures plus tard, cependant, cette "belle humeur" se transforme:

... déçue du contre-temps qui se présente.. sa soeur qui devait garder sa fille demain fait une gastro.. accepte quand même de recevoir sa fille mais [patiente] ne veut pas que sa fille attrape de gastro... fâchée contre son mari qui veut que ce soit sa mère à lui qui la garde car elle [belle-mère] ne serait pas adéquate et D.. ne passera une bonne journée si elle sait sa fille non en sécurité... propose au mari de passer une journée tous les trois mais le mari n'est pas ouvert à cette idée pour le moment... [patiente] prévoit quand même sortir demain, n'a pas l'intention de se punir, ira peut-être chez une parente qui habite non loin de l'hôpital, s'il n'y a pas de changement ... . (Dossier médical, INF, HÔP/16-24, 28.07.89)

Il arrive que les membres de la famille lui signifient, à leur tour, leur questionnement et leur désarroi à l'égard de la persistance de son dysfonctionnement. Ces manifestations des membres de sa famille, bien que pouvant être compréhensibles, ont l'effet de raviver, chez Danièle, sa colère, son angoisse et sa crainte d'être abandonnée.

... Angoisse massive depuis hier avec sensation de vide et de découragement profond. Notons cauchemar intense au cours duquel elle se voyait seule avec sa fille, incapable de s'en occuper... téléphone de la mère lui demandant si elle veut s'en sortir. Colère mais dit qu'il y a effectivement quelque-chose de réel. Refuse quelque part de reprendre cette vie à trois... Pas d'acting out cependant ni tendance au clivage ou à la manipulation. Aucune intention suicidaire actuellement mais hier dit avoir pensé à la mort par intoxication médicamenteuse ... . (Dossier médical, psychiatre traitant, HÔP, 10.08.89)

Angoissée ... mari lui a téléphoné hier soir et lui a dit que ça faisait 10 mois qu'il était seul... qu'il n'en pouvait plus et qu'il avait besoin de quelqu'un dans sa vie... qu'il se demandait si elle s'en sortirait et si elle le désirait vraiment... Craint que son mari "craque" alors qu'elle en a tant besoin. Craint même une séparation et en même temps de perdre la garde de sa fille ... . (Dossier médical, INF, HÔP/8-16, 11.08.89)

À plusieurs reprises, au cours de la deuxième hospitalisation et même dans la suite de l'histoire de Danièle, le conjoint et les autres membres de la famille se plient aux demandes de la patiente et y répondent sans opposition. Cela pourrait être dû aux réactions émotives de Danièle, parfois très fortes et très fluctuantes, à leur égard. Même dans le cadre des entrevues de couple, le conjoint, tout en exprimant ses besoins et ses difficultés en rapport avec les problèmes de Danièle, continue néanmoins d'adopter une attitude attentive et très conciliante avec elle. De son côté, Danièle ne semble pas remettre en question ses propres attitudes à l'égard des membres de sa famille.

... Thème principal de l'entrevue: le contrôle que Mme a toujours exercé surtout pour cacher son insécurité.. le mari avait appris à contourner cela avant la naissance de l'enfant (ex. insister pour des sorties) mais était déboussolé depuis plusieurs mois. Actuellement, il a appris à agir face à sa femme indépendamment des refus de cette dernière. Avec l'accord de mme, le mari va dire aux amis et à la famille de venir voir mme, même si elle dit ne pas vouloir voir personne... mme reconnaît être contente [de l'attitude du mari].. "en vérité dit-elle, je veux les voir" ..fatiguée de son isolement... (Dossier médical, TS, HÔP, 28.08.89)

Les attitudes conciliantes des membres de la famille contribuent à l'amélioration temporaire du comportement de Danièle et, du coup, à un apaisement du climat conjugal et familial; la patiente devient alors positive et collabore davantage à l'ensemble du traitement. Durant ces périodes positives, Danièle reprend ses sorties avec son mari et voit sa fille, à l'occasion, toujours en présence de son entourage. Cela amène les membres de la famille, dont le conjoint, à se mobiliser davantage pour soutenir la patiente. Les rencontres avec le conjoint et l'enfant demeurent toutefois des facteurs de

stress pour Danièle et mettent en évidence sa fragilité. En dépit de la satisfaction qu'elle éprouve suite à ces sorties et à ses contacts avec l'enfant, Danièle ressent toujours beaucoup d'angoisse à l'idée de réintégrer sa famille. Elle ne manifeste, en conséquence, aucun empressement à obtenir son congé. Trois mois après le début de sa deuxième hospitalisation, Danièle se voit toujours incapable de s'occuper de sa fille, âgée maintenant d'un an, et elle "envisage un retour à la vie familiale à plus long terme, lorsque sa fille aura deux ans" (Dossier médical, psychiatre traitant, HÔP, 25.09.89).

En dépit de l'absence d'une évolution positive durable chez la patiente et en dépit des circonstances difficiles que son état occasionne, les membres de la famille demeurent mobilisés, attentifs et aidants. La note qui suit décrit la réaction de Danièle aux comportements protecteurs des membres de sa famille lors d'un premier congé temporaire après trois mois d'hospitalisation.

... satisfaite de sa fin de semaine ... dit que c'est un grand pas qu'elle a fait ... a réussi à passer la fin de semaine chez-elle. A été gâtée, il y avait sa mère, sa soeur, son mari qui ont tous couché là ... ceci lui donne de l'assurance et l'intention de recommencer... les angoisses ont été parfois présentes mais non étouffantes ... . (Dossier médical, INF, HÔP/16-24, 15.10.89)

En dépit de cet investissement de la part de son entourage, les relations entre la patiente et sa famille se dégradent. L'incapacité chez Danièle à faire face à ses responsabilités maternelles l'amène à vouloir se distancer définitivement de sa famille immédiate. Elle en vient à évoquer la possibilité de se séparer de son mari et de sa fille et d'aller vivre seule ou à l'appartement de sa mère, souhaitant par la suite réintégrer son travail. Ce projet suscite des réactions diverses dans son entourage. Le conjoint ne comprend pas l'attitude de sa femme mais il accepte, après réflexion, l'idée qu'elle aille vivre quelques temps chez sa mère. De son côté, sa mère lui propose de placer l'enfant temporairement de sorte qu'elle et son mari puissent "se retrouver".

L'idée, formulée en premier lieu par la mère de Danièle, de placer temporairement l'enfant est reprise par la travailleuse sociale lors d'une entrevue de couple. Cette dernière y voit un moyen pour Danièle de "déléguer au maximum ses tâches de mère", ce à quoi elle réagit négativement. D'une part, elle a l'impression de ne pas être comprise par sa famille et de ne plus y avoir sa place. Et, d'autre part, elle éprouve de la colère à l'égard de la travailleuse sociale ce qui l'amène à vouloir cesser les thérapies de couple. La soignante représente pour elle "ce qu'elle n'aimait pas de son père, soit l'autorité" (Dossier médical, INF, HÔP/ 8-16, 07.11.89). Aucune solution, même temporaire, n'apparaît satisfaisante pour Danièle, et elle commence à évoquer des idées suicidaires. Les extraits suivants illustrent les réactions de la patiente aux propositions de la travailleuse sociale.

... voyons avec madame la possibilité qu'elle délègue au maximum ses tâches de mère et se sente bien de procéder ainsi, obtenant ailleurs ses gratifications personnelles (travail et carrière) ... . (Dossier médical, TS, HÔP, 30.10.89)

... ce à quoi s'oppose fermement D... [placement de l'enfant] ... car aime trop sa fille pour lui faire subir cela... dit qu'elle ne veut plus rien savoir des thérapies de couple... qu'elle n'en peut plus de se "faire rentrer dedans" ... . (Dossier médical, INF, HÔP/ 8-16, 29.10.89)

... se sent triste et en colère depuis hier face à l'idée de Mme ... (TS) d'un placement en famille d'accueil ... . très fâchée contre elle-même, sa mère et son père... relate les deux étés de son enfance où ses parents l'avaient abandonnée ... ressent le même mal en dedans ... . (Dossier médical, INF, HÔP/ 8-16, 31.10.89)

La proposition d'un placement temporaire de l'enfant n'est pas maintenue. L'enfant continuera d'aller, les jours de la semaine, à la garderie où elle fut intégrée au cours de l'hospitalisation de la patiente. De son côté, Danièle révisé sa décision de quitter son conjoint et sa fille après que sa famille se soit engagée à ne pas la laisser seule avec l'enfant. Cet engagement nécessite le déménagement de sa mère et de sa tante au domicile de la patiente et de son conjoint. C'est à cette condition que la fin de la deuxième hospitalisation, qui aura duré cinq mois, est rendue possible.

Cela n'empêche pas, qu'un mois plus tard, Danièle décide tout de même de quitter son domicile et d'aller vivre avec sa mère et sa tante dans l'appartement de ces dernières. Elle explique sa décision par le fait qu'elle a recommencé à ressentir de l'angoisse qu'elle attribue d'emblée à la "présence constante de sa fille". Lors d'une entrevue, tenue un mois et demi après son départ de son domicile, Danièle décrit ce qu'elle ressentait à ce moment. Elle tient, cependant, des propos positifs à l'égard de sa fille et de sa famille. Un extrait de l'entrevue citée ci-haut est présenté ici:

Raconte qu'elle vit actuellement chez sa mère et sa tante depuis la fin de décembre 1989. Son mari et sa fille vivent dans un condo. N'a pas vu sa fille depuis six semaines sauf la dernière fin de semaine où elle a participé à un repas famille où son mari et sa fille étaient présents. Patiente l'a vue quelques heures: "... Vous savez lorsque je suis sortie de l'hôpital au début de décembre, j'étais enthousiaste et je suis restée un mois chez moi avec ma fille puis je ne sais pas ce qui s'est passé mais le 30.12 j'ai fait une crise, J'ai fait mes bagages et je suis partie vivre chez ma mère... je n'en pouvais plus...

... Qu'est-ce qui s'est passé à ce moment ?

..Je ne sais pas ... peut-être me pensais-je trop forte, j'étais sûre que tout irait bien... peut-être parce que c'était le temps des fêtes et j'ai passé deux périodes de quatre jours où ma fille était toujours à la maison... c'était peut-être trop... .. ma mère et ma tante vivaient chez moi avec mon mari et ma fille... je ne pouvais être seule avec ma fille... le jour elle allait chez une gardienne ... Je ne sais pas, je n'en pouvais plus... Je ne peux pas dire pourtant que j'ai une image négative de ma fille...ce n'est pas elle qui a décidé de venir au monde... j'ai eu de bons moments avec elle ... quand je suis sortie de l'hôpital., je m'en occupais... lorsqu'elle revenait de la garderie, elle montait l'escalier à toute vitesse, elle se jetait dans mes bras et nous jouions dans le lit, à la cachette etc... à ce moment elle m'appelait maman... maintenant, elle appelle son père maman.

... Comment vous sentez-vous par rapport à cela ?

... ça ne me dérange pas, je n'ai pas choix... que voulez-vous elle a été six semaines sans me voir... elle appelle tout le monde maman: son père, ma mère, ma soeur, ma tante... je suis obligée de l'accepter... ... Que voulez-vous mon mari, c'est lui qui s'en occupe depuis sa naissance, et surtout depuis six semaines... je l'observe beaucoup... elle a changé beaucoup depuis six semaines, elle mange toute seule, elle boit au verre... ça va beaucoup mieux qu'avant, elle est plus autonome... avant je m'en faisais parce qu'elle ne buvait pas au verre... maintenant elle joue toute seule, elle s'occupe seule... je me sens plus à l'aise avec des enfants plus vieux... mon neveu a 6 ans, et je n'ai aucun problème avec lui pour les repas... mais comme je vous ai dit, cette enfant je l'aime beaucoup, même si j'ai misère à m'en occuper ... je suis prise entre les deux (conjoint et enfant) ... (Extrait d'une entrevue avec Danièle, ERG., 20.02.90)

Le conjoint de Danièle et les autres membres de sa famille acceptent la prise de distance de Danièle, en disant espérer qu'elle soit temporaire. La séparation dure quelques semaines puis, se sentant mieux et sa fille étant "plus autonome", Danièle décide de retourner vivre auprès de son conjoint et de leur enfant, sans sa mère et sa tante. Danièle et son conjoint ont, cependant, l'appui d'une deuxième série d'entrevues de couple. Mais, deux semaines après le début de ces entrevues, Danièle envisage, de nouveau, de mettre fin à sa relation de couple. Le conjoint réagit, cette fois, avec beaucoup de colère et il décide de lui-même de mettre fin à leur relation. Il devient du même coup intransigeant avec Danièle, notamment, pour tout ce qui concerne la garde de l'enfant. Il accepte, toutefois, suite à la recommandation de la travailleuse sociale et des autres membres de la famille, que Danièle ait la garde de leur enfant une fin de semaine sur deux et, qu'à ces occasions, elle sera toujours accompagnée de sa mère et de sa tante. Cette entente correspond à ce que la patiente souhaitait: "... même si je me sépare de mon mari, je veux garder un contact avec ma fille... même si je la vois que quelques heures par semaine ou par deux semaines..." (Extrait d'une entrevue avec Danièle, 20.02.90). Le conjoint ne se présentera plus aux entrevues de couple et refusera par la suite d'y revenir en dépit des demandes des intervenants. De leur côté, les autres membres de la famille ne supportent pas cette décision de Danièle, particulièrement sa mère qui n'accepte pas la séparation du couple. Ils continuent néanmoins de se plier aux attentes de la patiente à leur égard. Cette séparation, survient un an après le début du traitement psychiatrique de Danièle.

L'ambivalence caractérise cependant les relations ultérieures entre Danièle et son ex-conjoint. Quatre mois après leur séparation, ce dernier commence à fréquenter d'autres femmes. Danièle y réagit par des menaces suicidaires et des crises qui nécessitent des admissions à l'urgence et la mise en place de mesures de sécurité. Cela donne lieu à des discussions difficiles entre la soeur de la patiente et les soignants concernant les procédures de cure fermée<sup>68</sup>. Ces admissions donnent aussi lieu à un rapprochement entre les ex-conjoints qui, six mois après leur séparation, recommencent à se fréquenter sans toutefois reprendre la vie commune avant plusieurs autres mois.

---

<sup>68</sup> Les données relatives aux interactions entre la famille de Danièle et les soignants seront présentées et discutées à la section 5.4 du présent chapitre.



Au cours de cette période de fréquentation, Danièle est hospitalisée, à une troisième reprise, pour une période de quatre mois. Cela fait suite à une succession d'événements qu'elle perçoit comme des abandons ou des pertes dont l'aggravation d'un conflit entre elle et sa soeur et l'obligation de se retirer de son travail, qu'elle avait réintégré, en raison d'une fracture du poignet. À partir de cette hospitalisation, on observe chez Danièle des comportements hautement hostiles et abusifs envers les membres de sa famille tout comme à l'égard des soignants. Elle se plaint des comportements des membres de sa famille à son égard reportant la cause de ses problèmes sur eux ou, encore, elle adopte des comportements ambigus, en leur exprimant son incapacité à tolérer leur éloignement, puis, en exigeant qu'ils ne la visitent plus. Elle manifeste des attentes et des exigences parfois excessives à leur égard auxquelles ils répondent sans les remettre en question. Les extraits suivants rendent compte de ces comportements:

... Reçoit la visite de son mari, le reçoit froidement, par la suite reçoit sa mère et sa soeur. Parle à sa mère durement. Faciès inexpressif à ce moment-là...  
 Patiente a pleuré lorsque son mari l'a quittée ... . (Dossier médical, INF, HÔP/ 16-24, 16.12.90)

... Reçoit un appel de sa mère, refuse de lui parler ... . (Dossier médical, INF, HÔP/ 16-24, 28.12.90)

... Fait un téléphone où elle parle environ 10 minutes et pleure. Visite de l'époux qui apporte un sac de vêtements (le même qu'hier et qu'elle a refusé parce qu'il venait de sa mère à elle), qu'elle accepte. L'époux trouve que la patiente est un peu mieux ... . (Dossier médical, INF, HÔP/ 8-16, 06.01.91)

... téléphoné à sa mère ce matin et lui aurait demandé de ne plus lui parler de ses angoisses et exige qu'à chaque fois qu'elle lui parle, qu'elle lui dise: "Bonjour, je t'aime avec tes forces et tes faiblesses". Dit qu'elle a un très grand besoin d'entendre cela actuellement. Reçoit la visite de son mari et de sa mère en après-midi. (Dossier médical, INF, HÔP/ 8-16, 27.04.91)

... raconte qu'elle s'est promenée dans le nouveau camion de son mari (camion 10 roues) ... parle des nombreux compromis qu'elle doit faire avec le mari: "... il n'est pas habitué ... là je lui demande de me laisser faire... il faut que je reprenne les tâches de la maison... mais quand je lui ai dit ça, il a décidé d'aller laver son auto, puis il me laissait faire tout le ménage!.. je lui ai dit: "Non! ce n'est pas ça!, tu vas m'aider à faire le ménage.. on va faire ça ensemble... puis j'irai t'aider à laver ton auto ... . (Compte-rendu, entrevue individuelle, ERG., HÔP, 13.05.91)

Danièle inquiète sa famille par des menaces suicidaires: "... dans un moment d'angoisse: se serait vue se déchiqueter le coeur avec des ciseaux ..." (Dossier médical, médecin externe, HÔP, 19.04.91). Elle leur dit qu'elle va mourir et qu'elle a contacté une compagnie d'assurances pour s'informer des procédures habituelles en cas de suicide.

Son état s'améliorant, il est question que Danièle retourne vivre avec son conjoint et leur enfant. Docteur Bilodeau, qui perçoit toujours un degré élevé d'angoisse chez Danièle qu'il attribue à la perspective de son retour dans sa famille, l'oriente vers une ressource communautaire pour un hébergement transitoire. Cela met fin à la troisième hospitalisation. Une fois installée à la ressource d'hébergement, Danièle se remet à fréquenter son mari et sa fille, les fins de semaine, avec un "objectif d'apprivoisement" (Dossier médical, INF, HÔP/8-16, 19.02.91). Des interventions portant sur le rôle maternel, dans le cadre d'entrevues individuelles avec la patiente, sont alors organisées par l'ergothérapeute<sup>69</sup>.

L'état de Danièle continue de fluctuer. Deux semaines après son admission en ressource d'hébergement, elle revient à l'urgence et est admise au département de médecine interne en raison de problèmes d'hypotension orthostatique lesquels, jusque là, avaient toujours été attribués à la médication. S'amorce ainsi sa quatrième hospitalisation. Les soignants notent alors que la patiente n'a pas suivi les recommandations qui lui avaient été faites pour éviter ces problèmes.

Outre ses problèmes physiques, Danièle explique ce nouvel épisode par ses difficultés à tolérer la proximité de son mari qui souhaite des rapprochements physiques. De plus, elle reproche aux intervenants de la ressource d'hébergement de ne pas s'occuper assez bien d'elle.

Une fois ses problèmes d'hypotension contrôlés, Danièle est transférée en psychiatrie en raison de la détérioration de son état psychiatrique. Danièle accepte difficilement et réagit avec colère à une hypothèse qui, selon la patiente, aurait été formulée par les soignants, dont le docteur Bilodeau, que ses problèmes physiques auraient une origine psychologique et qu'elle y recourrait pour prolonger son hospitalisation. Elle se plaint alors aux membres de sa famille de l'attitude des soignants. Sa soeur répond en réagissant agressivement envers les soignants. La soeur de Danièle réagit en quelque sorte à la place de la patiente. Cette dynamique entre la soeur de Danièle et les soignants qui sera discutée ultérieurement<sup>70</sup>, fut observée à quelques reprises au cours de l'histoire de Danièle. À partir de cette hospitalisation, la quatrième, la "composante importante des traits de personnalité borderline" est évoquée plus clairement dans les notes du psychiatre traitant:

... Visite de ses parents. Sa soeur vient au poste, agressivité sous-jacente, me dit que D.. [patiente] n'en peut plus, que ça fait deux ans que ça dure et veut signer un refus de traitement. Patiente assise sur son lit, pleure, me raconte qu'elle ne veut pas aller au ... (ressource d'hébergement). N'accepte pas que le Dr.B.. lui a dit que c'est elle qui voulait que sa pression baisse à savoir que c'est sa faute. Me parle de refus de traitement. ... Accepte d'attendre de voir le Dr.Bilodeau ... s'excuse pour le comportement de sa soeur ... (Dossier médical, INF, HÔP/16-24, 13.04.91)

---

<sup>69</sup>

Il s'agit de l'auteure.

<sup>70</sup>

Voir à la section 5.4 du présent chapitre

... Corrigeons sa mauvaise compréhension de notre dernière entrevue. Il n'a jamais été question que l'hypotension soit "psychologique" mais cette perception a permis à la patiente d'exprimer agressivité face à thérapeute, (en a parlé aux infirmiers, au Dr. L..., à sa famille, créant avec cette dernière clivage avec équipe traitante)... Malgré composante importante des traits de personnalité borderline dans la symptomatologie actuelle, prolongeons hospitalisation afin d'ajuster rx [médicaments]. (Dossier médical, psychiatre traitant, HÔP, 15.04.91)

... Visite de sa soeur vers 14 hres. Nous lui avons demandé de quitter après lui avoir expliqué que ce n'était pas l'heure des visites. Elle refuse de partir et devient agressive verbalement. Le responsable a fait venir la sécurité qui a accompagné madame à l'extérieur de l'unité. Mme L... me confie par la suite qu'elle se sent coupable du comportement de sa soeur. Elle dit que c'est son état qui fait perdre le contrôle à sa famille ... . (Dossier médical, INF, HÔP/ 8-16, 26.04.91)

L'état de Danièle s'améliore et elle obtient son congé; elle retourne à la ressource d'hébergement où elle vit la semaine. Les fins de semaine, elle les passe avec son conjoint et leur fille, au domicile de ce dernier. Les relations entre Danièle et son mari demeurent difficiles et, n'arrivant pas à s'adapter à la "vie à trois", l'état de la patiente recommence à se détériorer. La patiente éprouve alors beaucoup de colère qu'elle dirige en partie vers l'enfant. Ces réactions donnent lieu à l'ajustement des interventions au plan du rôle maternel—amorçées depuis la fin de la troisième hospitalisation—par l'introduction de séances mère-enfant et amènent le psychiatre traitant à proposer une nouvelle fois des entrevues en couple.

Danièle est ouverte à l'idée de reprendre les entrevues en couple mais son mari refuse. Les motifs de ce refus ne sont pas mentionnés au dossier médical mais, à partir de ce moment, la patiente commence à considérer cette relation sous un jour beaucoup plus négatif; elle reparle de rupture. Danièle exprime, par ailleurs, son intention de maintenir les contacts avec sa fille même si elle se sépare de son mari.

Les séances de thérapie mère-enfant mettent en évidence plusieurs difficultés. Ces difficultés sont, en partie, occasionnées par les exigences élevées qu'a la patiente à l'égard d'elle-même et par son manque de connaissances en matière de développement de l'enfant et de "savoir-faire" dans son rôle maternel. Son sentiment d'incompétence à l'égard de son rôle maternel est toujours très fort et elle se compare toujours à son mari qui réussit mieux qu'elle. Ces carences qui se manifestent par ses difficultés à être affectueuse avec l'enfant et à lui fournir les soins requis et, aussi, par des préoccupations exagérées à faire respecter son autorité et l'ordre établi, contribuent à augmenter l'angoisse de la patiente lorsqu'elle est en présence de sa fille. Elle comprend difficilement que celle-ci ne réponde pas immédiatement à ses exigences. Il lui est difficile d'interagir avec sa fille autrement que par l'autorité. Elle dit ressentir de l'amour à l'égard de sa fille et, en même temps, beaucoup de culpabilité du fait de ne pas avoir été assez présente auprès d'elle. De son côté, l'enfant semble apprécier les rencontres avec sa mère et elle recherche son affection:

... Voit régulièrement sa fille et notons chez-elle des capacités à bien communiquer avec elle mais éprouve des difficultés à se laisser aller au niveau du jeu: besoin de performer. A beaucoup de préoccupations concernant le développement de sa fille ... . (Dossier médical, ERG., CE, 19.06.91)

Malgré le nouvel échec conjugal, Danièle réussit, pendant un certain temps, à maintenir des relations satisfaisantes avec sa fille. Mais, en raison des conflits plus virulents avec son mari, elle commence à vouloir distancer les rencontres avec sa fille, sous prétexte d'éviter les contacts avec lui. L'état de la patiente se détériore. Une des causes de l'aggravation de ces conflits se rapporte au fait que son mari lui ait exprimé qu'"il en avait assez", qu'il lui ait annoncé qu'il demandait le divorce et voulait lui interdire la garde de l'enfant que la patiente assumait une fin de semaine sur deux, lorsqu'elle n'était pas hospitalisée. Selon la patiente, son mari a eu peur, parce que lors d'une de ses crises, elle avait proféré des menaces à l'endroit de l'enfant: "... Mari a mis interdiction qu'elle voit sa fille en raison d'une crise qu'elle a faite et où elle fait certaines menaces comme de partir en voiture avec sa fille et risque de violence..." (dossier d'ergothérapie, ERG., CE, 12.09.91). Docteur Bilodeau tente alors de colmater la crise en demandant au mari d'attendre avant d'entreprendre des procédures légales et d'utiliser plutôt la médiation.

Danièle établit une distance de plus en plus grande entre elle et sa fille, qu'elle explique par les "réserves" de son mari et par le sentiment d'incompétence qu'elle éprouve lors de ses rencontres avec l'enfant. L'enfant, qui s'était attachée à sa mère en raison de leurs rencontres plus fréquentes, réagit négativement à l'éloignement de sa mère ce qui amène Danièle à réviser sa décision; elle accepte pendant un certain temps de maintenir des contacts avec sa fille et de poursuivre les interventions mère-enfant en ergothérapie. Quant à son mari, il revient à des positions plus modérées, abandonnant l'idée de refuser à la patiente la garde de l'enfant et remettant même en question son intention de divorcer.

En dépit de ce revirement dans l'attitude de son mari, l'état de Danièle continue de se détériorer. Elle devient de plus en plus déprimée. Elle continue tout de même de se mobiliser en poursuivant son travail, qu'elle vient de réintégrer, et ses activités sociales. Elle habite toujours à la ressource d'hébergement et elle ne remet plus en question sa présence à cet endroit. À cette période, ses problèmes ne l'empêchent pas d'établir une relation affective avec un autre homme chez qui elle va passer toutes les fins de semaine. Cette relation est investie positivement par la patiente, en autant qu'elle ne demande pas trop d'implication de sa part.

Cette nouvelle relation n'empêche pas, par ailleurs, la détérioration de l'état de Danièle, ce qui conduit à sa cinquième hospitalisation. Elle reprend les mêmes schémas d'abandon à l'égard de tout ce qui est encore positif dans sa vie: relation avec sa fille, relation avec son nouvel ami, emploi. Sur ce dernier point, elle demande une rétrogradation de son poste actuel pour diminuer les exigences qu'elle dit ne plus pouvoir assumer. Elle exprime son sentiment d'impuissance à se sortir de sa problématique et son désir de régression: elle exprime le désir "d'être internée dans un centre psychiatrique pour la vie ou

de mourir". Elle évoque des idées suicidaires et adopte de plus en plus des comportements autodestructeurs. Son désinvestissement à l'égard d'elle-même, de sa famille et des interventions devient de plus en plus manifeste et mène à plusieurs autres hospitalisations rapprochées mais plus brèves que les précédentes.

Entre ces admissions à l'hôpital, Danièle présente de brèves périodes d'amélioration où elle donne l'impression d'atteindre un état optimal. Toutefois, il s'agit d'un leurre puisque, tout en se présentant comme allant bien, Danièle accumule les médicaments en vue de se suicider. Elle transmet des informations erronées à son psychiatre et elle admet par la suite, "avoir fait semblant d'aller bien". Au terme de cet épisode de tromperie, Danièle fait une première tentative suicidaire sérieuse. Elle s'en tire indemne, en raison du fait qu'elle a contacté sa famille à temps.

Cette tentative, ayant inquiété sérieusement sa famille et les soignants, mène Danièle à une nouvelle hospitalisation, la septième et la dernière. À l'hôpital, elle se mobilise et cherche à convaincre les soignants qu'elle n'a plus d'intention suicidaire. Néanmoins, Docteur Bilodeau maintient l'hospitalisation et place même la patiente sous cure fermée. Des interventions familiales sont organisées pour clarifier les relations entre la patiente, sa soeur et sa mère. Il semble que la mère de Danièle continue d'adopter une attitude "blâmante" à l'égard de la patiente et de faire pression pour qu'elle reprenne la vie familiale avec son mari et leur enfant. Les soignants procèdent à une entrevue familiale qui donne lieu à l'expression d'agressivité de la part des deux soeurs envers leur mère mais qui se termine sur une note positive pour Danièle. En effet, suite à cette entrevue, Danièle poursuit ses contacts avec sa mère et il semble y avoir une forme de réconciliation entre les deux. Toutefois, la mère de Danièle dit être incapable de vivre avec sa fille en raison des "douleurs passées et présentes". En dépit de ces propos, Danièle dit percevoir chez sa mère une plus grande ouverture à "accepter ses choix" et "accepter les limites de sa mère" ce sur quoi le psychiatre traitant exprime un doute: "jusqu'à quel point ?" (Dossier médical, psychiatre traitant, HÔP, 25.05.92).

Après quelques jours, le docteur Bilodeau juge l'état de Danièle suffisamment amélioré pour lever la cure fermée et prévoit un congé définitif que la patiente demande pour le lendemain. Notant la persistance de tristesse, le psychiatre tente de convaincre Danièle de prolonger l'hospitalisation, ce qu'elle refuse. Le psychiatre ne juge pas le risque suffisamment élevé pour la garder hospitalisée contre son gré. Il accorde donc le congé définitif, lui prescrit une médication pour six jours et lui donne un rendez-vous en clinique externe, cinq jours plus tard. Danièle retourne à la ressource d'hébergement.

Une semaine plus tard, Danièle est trouvée morte dans une chambre de motel. Elle avait consommé tous ses médicaments qu'elle amassait depuis un certain temps. Cette fois, elle n'a pas contacté sa famille.

## 5.4 RÉSUMÉ ET ANALYSE DE LA PARTIE I

Cette section examine l'évolution de l'état de la patiente en fonction de son rôle maternel et de ses relations avec sa famille. De la description présentée, il ressort les faits saillants suivants:

- que l'incapacité de la patiente à assumer son rôle maternel et les sentiments associés à cette incapacité contribuent au développement de son trouble mental;
- que l'incapacité de la patiente à assumer son rôle maternel et les sentiments associés à cette incapacité ont un impact sur ses perceptions vis à vis les comportements de son entourage (famille et soignants);
- que l'incapacité de la patiente à assumer son rôle maternel et les sentiments associés à cette incapacité ont un impact négatif sur le fonctionnement et l'organisation familiale.

### 5.4.1 Évolution de la patiente et rôle maternel

L'histoire de Caroline avait fait ressortir une relation entre l'incapacité d'exercer son rôle maternel et la détérioration de sa pathologie et de son fonctionnement déjà lourdement hypothéqué (voir les propositions aux pages 110 et 149). Danièle, pour sa part, en dépit d'un bon fonctionnement antérieur, présentait déjà une certaine fragilité au plan de sa santé mentale. Les données disponibles dans le présent cas illustrent plus clairement le lien entre son incapacité à faire face à ses responsabilités maternelles et le développement de sentiments dysphoriques à l'égard d'elle-même et d'une perception de soi négative en tant que mère. Elle développe un sentiment, voire une incompétence à l'égard de son rôle maternel qui semblent se renforcer au fur et à mesure de ses expériences maternelles vécues comme des échecs. Ces données suggèrent que (H) *le rôle maternel, dans les conditions où une mère présentant déjà une fragilité au plan de sa santé mentale se sent incapable de remplir les nouvelles responsabilités ou exigences relatives à ce rôle, contribue au développement d'un trouble mental plus important.*

Outre le développement d'un sentiment d'incompétence à l'égard du rôle maternel, Danièle doit faire face à un changement de statut dans sa famille puisqu'elle a l'impression de perdre une place privilégiée au profit de sa fille. Ce sentiment de perte et d'abandon peut être accru par sa perception d'être blâmée par sa famille, puisqu'elle ne peut répondre aux attentes de rôle maternel.

En somme, la maternité a contribué au développement chez la patiente, déjà fragile, d'un trouble mental plus important. Son incapacité à assumer son rôle maternel l'a amenée à se retirer de ce rôle et à s'éloigner de son milieu familial par le biais de l'hospitalisation. Ces observations appuient ces

propositions déjà formulées dans le cas de Caroline (pp. 109 et 110) (H) *que cette patiente doit maintenir une certaine distance de son milieu familial pour se maintenir en équilibre, autrement dit, que son équilibre est, du moins en partie, fonction de la distance entre elle et sa famille* et que (H) *l'hôpital peut être vu comme un refuge*— et même, dans le cas présent, un milieu familial substitut— *qui lui permet tout simplement de se distancer du stress que représentent les responsabilités maternelles et familiales*. La note suivante illustre assez bien cette dernière proposition:

... socialise au dîner. Fait sa toilette, regarde la TV, se sent moins angoissée en p.m. mais amortie ... dit que le départ de ses compagnes du département (psychiatrie) y est pour beaucoup dans son état actuel car avait comblé son éloignement de sa famille en s'en recréant une ici et se voit se retrouver seule encore une fois ... (Dossier médical, INF, HÔP/8-16, 11.08.89)

En conclusion, les données ci-haut mettent en lumière l'impact que peut avoir l'avènement de la maternité et les attentes de rôle maternel sur le développement ultérieur d'un trouble mental chez une femme qui présentait déjà une fragilité sur ce plan. Ces variables ont aussi un impact sur les interactions de Danièle avec sa famille. C'est l'objet de la section suivante.

#### **5.4.2 Évolution de la patiente et interaction avec sa famille**

L'analyse du cas de Danièle, présentée plus haut, a permis de formuler certaines hypothèses de travail portant sur l'impact que peuvent avoir les exigences du rôle maternel sur l'évolution d'une femme qui présentait déjà une fragilité au plan de sa santé mentale. La prise de conscience de son incapacité à remplir ce rôle, les sentiments dysphoriques et le concept négatif de soi qui en ont résulté sont des facteurs qui ont mené à l'aggravation de son état et à l'éloignement de sa famille. Des problèmes d'interaction entre la patiente et sa famille se sont aussi développés. L'analyse des observations portant sur ces problèmes d'interaction suggèrent que (H) *les perceptions de la patiente relatives aux comportements des membres de sa famille ont aussi influencé son état*. Une part des angoisses et des sentiments dysphoriques de la patiente sont fondés sur son sentiment d'être abandonnée par les membres de sa famille, même si, selon les données, ces derniers ont été très présents auprès d'elle. Son sentiment d'abandon s'appuierait sur le fait que, depuis la naissance de l'enfant, elle perçoit des attentes plus élevées à son égard qu'elle est incapable d'assumer et que toute l'attention familiale ne lui est plus totalement destinée.

Depuis la naissance de l'enfant, les membres de la famille doivent assumer les tâches et responsabilités parentales à la place de Danièle. Malgré le fait qu'elle exprime à quelques reprises se sentir coupable de laisser toute la charge aux membres de sa famille, Danièle démontre, de façon générale, un manque de sensibilité aux besoins des membres de sa famille et sa tendance à les contrôler même à distance. Elle réussit à obtenir de l'attention par ses comportements d'opposition, de retrait et de menace. Les données mettent en évidence les comportements, parfois très conciliants, des membres de la famille

envers la patiente, en dépit de ses problèmes de comportement à leur égard. Ces réactions conciliantes contribuent temporairement à l'amélioration des comportements de la patiente ainsi que du climat conjugal et familial. Toutefois, il est aussi fréquent que Danièle ne se satisfasse pas de ces réponses conciliantes et qu'elle maintienne la perception qu'ils en attendent toujours plus d'elle ou qu'ils veulent l'abandonner. Cela amplifie, en conséquence, sa frustration et ses comportements hostiles, abusifs ou contrôlants à leur égard. En somme, les comportements de Danièle envers les membres de sa famille illustrent les distortions perceptuelles et l'intense agressivité qu'elle ressent à leur égard et leur impact destructeur sur ses relations avec sa famille. Cela est assez typique des sentiments, perceptions et comportements liés à un trouble de personnalité borderline. Bien que Caroline présentait le même diagnostic, ce phénomène d'interactivité entre les problèmes cognitifs et émotifs de la patiente et ses problèmes relationnels avec les divers membres de sa famille ne ressortait pas aussi clairement.

La persistance de ces problèmes, chez Danièle, fait en sorte que ses premières hospitalisations doivent être prolongées et que l'on doit avoir recours à une ressource d'hébergement. Cela la préserve d'un rapprochement trop grand avec sa famille immédiate (conjoint et enfant) et, ainsi, de ses responsabilités familiales. Dans l'esprit de Danièle, le conjoint et l'enfant semblent fusionnés comme s'ils ne faisaient qu'un. Cela apparaît contribuer à amplifier sa perception d'attentes élevées à son égard. Cela est d'autant plus fort qu'il ne lui est pas plus facile d'être en contact avec eux séparément. Ainsi, au cours de sa deuxième hospitalisation, Danièle ne peut sortir qu'avec son mari, de façon ponctuelle seulement, puis elle doit retourner à l'hôpital par la suite. C'est comme si l'hôpital était devenu un refuge pour elle. De la même façon, son besoin d'être entourée de sa mère et de sa tante pour retourner vivre à son domicile traduit sa crainte d'être confrontée à la fois à son mari et à son enfant. L'accompagnement de sa mère et de sa tante constitue un intermédiaire qui permet à la patiente de maintenir une certaine distance de son conjoint et de son enfant comme, aussi, des rôles qu'elle devrait assumer. L'amélioration de la patiente, observée dans cette séquence, laisse à penser que le rôle d'intermédiaire joué par la mère et la tante a permis, pour un temps, une distance plus confortable pour Danièle vis-à-vis son conjoint et sa fille, diminuant ainsi ses sentiments dysphoriques à l'égard d'elle-même et de sa famille.

La charge maternelle, cependant, demeurerait immuable pour Danièle. Bien qu'elle réussisse à maintenir une présence intermédiaire entre elle, son conjoint et leur fille, soit par l'hospitalisation, son passage à la ressource d'hébergement ou par l'aide substitutive de sa mère et de sa tante, elle est toujours confrontée à cette responsabilité qui demeure présente. En conséquence, la solution la moins souffrante réside dans la mise à distance de cette responsabilité qui n'est possible que par son éloignement définitif de sa famille immédiate.

L'histoire de Danièle met aussi en évidence, comme pour Caroline, que son nouveau rôle maternel avec l'impact qu'il a sur elle, contribue au développement d'un conflit conjugal. Ce conflit s'amplifie et s'étend par la suite à sa famille élargie (mère, soeur). Si les racines du conflit existait avant la naissance



de sa fille—de l'avis de la travailleuse sociale, qui a suivi le couple, le conflit conjugal était déjà présent et la décision de la patiente d'avoir un enfant était fondée sur le désir de la patiente de résoudre ce conflit—aucun doute n'existe quant aux raisons de son émergence et de son amplification. Suivant ces données, il est possible d'énoncer l'hypothèse que (H) *les conflits conjugal et familial ainsi que le conflit de rôle maternel sont très liés et s'influencent mutuellement.*

Le cas de Danièle permet aussi d'énoncer l'hypothèse que (H) *la relation entre les responsabilités parentales et le conflit conjugal ou familial passe par un réaménagement des rôles familiaux qui crée un déséquilibre dans le milieu familial et contribue, dans le cas présent, à l'élaboration ou à l'aggravation d'un conflit conjugal et d'un conflit familial.* La surcharge inattendue pour les membres de la famille représentée, entre autres, un terrain propice au développement ou à l'aggravation d'un conflit conjugal et familial.

Cette relation d'interdépendance entre le rôle maternel et les conflits conjugal et familial est similaire sur plusieurs points aux observations décrites dans le cas de Caroline. Son état fluctuait aussi en fonction des attitudes qu'elle percevait chez les membres de sa famille. Et, les conflits devenaient plus importants lorsque la charge maternelle devait être assumée de plus près. Ces observations, cumulées dans les deux cas, permettent de formuler l'hypothèse (H) *que le trouble mental des patientes a un impact important sur leur capacité à assumer leur rôle maternel, lequel impact, en raison des modifications importantes provoquées par l'ajout de responsabilités parentales, a aussi des conséquences majeures sur leurs interactions avec leur famille.* Ces interactions perturbées, qu'elles soient réelles ou perçues, viennent à leur tour, dans un effet de réverbération, influencer l'évolution de la pathologie des patientes. Les conséquences de ces interactions, dans les deux cas vus jusqu'à présent, furent le développement ou l'aggravation d'un conflit conjugal ou familial et la détérioration de l'état des patientes au point où elles se sont complètement retirées de leur rôle maternel.

Le cas de Danièle se distingue de celui de Caroline par le fait qu'il ne se manifeste que très rarement de l'amélioration pour la patiente lors des mouvements d'éloignement-rapprochement entre elle et sa famille immédiate. Et ce même lors des hospitalisations qui lui permettent de se distancer des sources de stress reliées à la présence de l'enfant et du conjoint. Pour Caroline, il est apparu, qu'une fois éloignée de sa famille, une amélioration se produisait dès que son conjoint se rapprochait d'elle. Dans le cas de Danièle, ce n'est que lorsque sa mère et sa tante acceptent de partager la vie du couple qu'un rapprochement avec son conjoint apparaît vivable pour la patiente. Comme si, dans son esprit, son conjoint ne pouvait être dissocié de son enfant et, donc, de sa charge maternelle. Dès les premières hospitalisations de Danièle, une thérapie de couple est mise en place. Les situations de rapprochement entre Danièle et son conjoint, se produisant alors dans ce contexte de thérapie, semblent les confronter davantage à leurs difficultés. Les thérapies de couple sont, en effet, souvent vécues, par Danièle, comme des confrontations; elle sent qu'"on lui rentre dedans". Danièle réagit fortement, le plus souvent

par de la colère, aux messages réels ou perçus provenant de son conjoint ou de sa famille. Cela ravive alors, chez-elle, le sentiment d'être blâmée, d'avoir perdu sa place et d'être abandonnée au profit de sa fille. Elle a, aussi, l'impression qu'ils attendent d'elle qu'elle assume des responsabilités qu'elle se sent incapable assumer. Ces perceptions, qui peuvent être erronées ou, du moins, amplifiées, ont l'effet de maintenir voire d'aggraver son état dysfonctionnel. Bien que cela n'ait pas été si tangible que dans le cas de Caroline, ces données rappellent cette hypothèse qui avait été formulée suite à la thérapie de couple mise en place pour Caroline et son premier conjoint (p. 110) (H) *qu'un rapprochement trop important ou comportant un dévoilement trop profond avec le conjoint peut constituer une menace pour la patiente. Cette menace expliquerait la détérioration de son état et son besoin de retourner à l'hôpital. Ces données suggèrent aussi (H) que les attentes de rôle des membres de la famille, lorsqu'elles sont perçues de façon erronée—ici comme trop exigeantes—, provoquent chez la patiente des sentiments dysphoriques qui mènent à des conflits conjugal et familial et au développement de comportements problématiques à leur égard..*

L'histoire de Danièle fait ressortir des différences dans les réactions du conjoint et des membres de la famille élargie (mère, soeur) à son égard. En effet, les membres de la famille élargie maintiennent leur présence auprès de la patiente en dépit de la persistance de ses problèmes alors que le conjoint en arrive, malgré des tentatives de rapprochement, à envisager une séparation définitive. Dans le cas de Caroline, bien que les données soient moins spécifiques, cette tendance avait aussi été observée. Il est vraisemblable que, dans les deux cas, (H) *la présence des enfants ait contribué à assurer le maintien de la présence des membres de la famille élargie. Cela atteste d'une certaine force au sein du réseau de la famille d'appartenance et de sa capacité à fournir des éléments de stabilité et d'investissement.*

En dépit de l'intention du mari de Danièle de s'en séparer définitivement, il se produit tout de même un mouvement de rapprochement qui traduit l'ambivalence des deux partenaires. Les cas de Danièle et de Caroline comportent, sur ce plan, des similitudes: de multiples mouvements successifs d'éloignement et de rapprochement ayant, dans les deux cas, une influence importante sur l'état des patientes. Cela renforce l'hypothèse énoncée dans le chapitre relatant le cas de Caroline (p. 93) (H) *qu'il existe une relation entre l'action de la famille, particulièrement du conjoint, et l'état variant de la pathologie de la patiente.*

En résumé, l'histoire de Danièle met en évidence l'impact majeur et imprévisible que peut avoir le rôle maternel sur l'état psychologique d'une mère qui présente déjà une fragilité sur le plan de sa santé mentale. Dans ce cas, il contribue au développement d'un trouble mental plus sévère et à l'aggravation d'un conflit conjugal qui mène à une séparation définitive entre la patiente et sa famille immédiate. Cette histoire est similaire en plusieurs points au cas de Caroline, qui de son côté, avait pu se reconstituer une autre vie de couple puis une autre famille. Bien que l'issue soit différente pour les deux patientes, aucune des deux n'a pu assumer son rôle maternel et elles ont, toutes deux, procédé à la mise

à distance de ce rôle. Pour Danièle, comme pour Caroline, leurs périodes respectives d'équilibre comportaient une distance des enfants et des conjoints. Ces périodes réduisaient, du même coup, pour elles, le niveau d'exigences et de responsabilités familiales. Cette distance, une fois établie et lorsqu'elle était acceptée tant par les patientes que par leur conjoint, a permis dans les deux cas des relations plus harmonieuses entre les patientes, leurs enfants et leurs conjoints. Un des éléments les plus perturbateurs, en ce qui concerne l'équilibre des patientes, semble avoir été le conflit conjugal que la distanciation provoquait. Il est assez clair qu'un tel conflit représentait, pour les patientes, un risque d'abandon et d'isolement qu'elles étaient incapables de vivre, étant donné leur trouble de personnalité borderline.

L'incapacité des patientes à assumer leur rôle maternel a aussi contribué à l'élaboration ou à l'aggravation d'un conflit familial entre elles et les membres de leur famille autres que les conjoints. Toutefois, à l'inverse des conjoints, les membres de la famille élargie ont maintenu leur présence auprès des patientes. Il est plausible de penser que la nature du lien familial et le fait que des enfants soient en cause contribuent au maintien de cette présence. Les familles élargies constitueraient ainsi des ressources pour les patientes et leurs enfants.

## **PARTIE II - DANIELÈ ET LES SOIGNANTS**

### **5.5 INTERACTIONS ENTRE LA PATIENTE ET LES SOIGNANTS**

À l'instar des ses problèmes avec les membres de sa famille, Danièle éprouve aussi des difficultés avec certains soignants, fondées sur ses perceptions qu'ils exigent trop d'elle, ne la comprennent pas suffisamment, sont trop autoritaires ou n'ont pas fait ce qu'il fallait pour l'aider. Cette section porte sur les aspects suivants relatifs aux soignants et à l'organisation des soins et services: la recherche d'un diagnostic clair et d'un traitement efficace, les différences de perceptions et d'investissement des soignants à l'égard de la patiente et de sa famille, les difficultés relationnelles qui s'ensuivent, les obstacles dans l'élaboration des interventions portant sur le rôle maternel et, en dernier lieu, les relations interprofessionnelles. En cours d'analyse, des retours dans l'histoire et de nouvelles données seront présentés pour illustrer les explications proposées.

### **5.6 ÉVOLUTION DU DIAGNOSTIC ET DES INTERVENTIONS**

À la deuxième hospitalisation, qui dura environ cinq mois, le diagnostic psychiatrique de Danièle qui se présentait, au tout début, comme une dépression post-partum, se précise et s'oriente peu à peu vers celui d'un trouble plus sévère: la dépression déclenchée à la naissance de l'enfant serait reliée à une

carence affective importante issue d'un contexte familial difficile. Le diagnostic de trouble de personnalité borderline est avancé, pour la première fois, au début de la première hospitalisation de la patiente par un psychiatre—le docteur Vincent<sup>71</sup>—qui remplace le psychiatre traitant, au cours d'une de ses absences. Docteur Vincent remet en question le diagnostic de dépression établi par le docteur Bilodeau, psychiatre traitant, et suggère un nouveau dosage de la médication ainsi qu'une approche beaucoup plus structurante pour tout ce qui concerne les sorties et les contacts de la patiente avec son enfant. L'attitude plus agressive et impulsive de la patiente amène ce psychiatre à se préoccuper de la sécurité de l'enfant lorsqu'elle est seule en présence de sa mère:

Dossiers antérieur et actuel lus et patiente examinée ... Dépression post-partum peu probable ... borderline ... problématique de distance-rapprochement dans la relation objectale à l'enfant qui de toute évidence doit lui rappeler le rapport pathologique à sa propre mère ... les "panic" ne sont que le reflet symptomatique d'un manque, d'un déficit sous-jacent. Par ailleurs, le recours à l'alprazolam n'est efficace qu'à partir de 3mg / 24 hrs (cf. J. Picknold) ... tofranil ?? ... sorties la semaine autorisées mais sorties de fin de semaine arrêtées ... . (Dossier médical, psychiatre remplaçant, HÔP, 01.08.89)

... Patiente revue ... Informations obtenues en réunion d'équipe... la patiente désire être seule avec sa fille "pour se prouver qu'elle est capable seule"... toutefois ne savons pas qu'elle serait sa réaction si cela tournait mal re: colère. L'impulsivité de cette patiente, s'il s'agit d'une borderline est à réévaluer avant qu'elle ne soit mise en présence seule avec son enfant ... . (Dossier médical, psychiatre remplaçant, HÔP, 02.08.89 - 10h00)

Danièle réagit positivement aux changements d'orientation thérapeutique et à l'encadrement mis en place par ce psychiatre:

... Épisode impulsif effectivement car une certaine auto-critique est venue ... patiente croit elle-même que cela [voir sa fille seule] ne fait aucun sens dans de semblables circonstances ... pas de contact avec l'enfant seule, pas de sortie jusqu'à nouvel ordre sauf si [patiente] en fait la demande: à ce moment, réévaluation avant chaque sortie ... . (Dossier médical, psychiatre remplaçant, HÔP, 02.08.89 - 11h54)

À son retour, le docteur Bilodeau ne remet pas en question le diagnostic de trouble de personnalité borderline proposé par le docteur Vincent. Mais, il considère toujours la dépression comme un élément important de la pathologie de Danièle. Toutefois, l'absence d'évolution satisfaisante, après les trois premiers mois d'hospitalisation, et le risque de prolongation de l'état dysfonctionnel de la patiente incitent le psychiatre traitant à réviser le diagnostic et la médication. Il s'interroge toujours sur la présence d'éléments dépressifs dans le tableau de la patiente et il demande une consultation à un autre de ses collègues, le docteur Gibeault<sup>72</sup>:

---

<sup>71</sup> Il s'agit du psychiatre traitant de Florence dont l'histoire sera présentée au prochain chapitre.

<sup>72</sup> Le docteur Gibeault est le psychiatre qui avait remplacé le docteur Durant, psychiatre traitant de Caroline. Il est à noter que le psychiatre de Danièle ne consulte pas celui qui l'avait remplacé et qui avait proposé le diagnostic de borderline et une augmentation de la médication.

... Reste pessimiste face à l'avenir, très anxieuse... réponse aux ATC mais insatisfaisante... avec "rage" intérieure de longue date se manifestant de façon ponctuelle (depuis quelques années) sans crises de larmes et de colère... "contenant sa rage" et surtout tentant de plaire aux autres, de se conformer à ce qu'elle percevait des attentes des autres.. malgré une bonne capacité verbale et d'élaboration de la patiente, capacité apparente à l'insight, amélioration reste insatisfaisante, toujours au même point quant à sa capacité de faire face aux situations... pensons que malgré le trouble de personnalité sous-jacent (lignée narcissique-borderline?), éléments dépressifs persistent, atypiques avec beaucoup d'anxiété... indication d'essayer IMAO? ... à réévaluer la semaine prochaine ... (Dossier médical, psychiatre traitant, HÔP, 14.09.89)

Le rapport du docteur Gibeault confirme la présence d'éléments dépressifs et il recommande d'ajuster la médication en conséquence. Docteur Bilodeau suit ces recommandations et augmente la médication de la patiente ce qui entraîne des problèmes d'hypotension orthostatique qui perdureront tout au long de la suite de son traitement et qui seront à l'origine de la quatrième hospitalisation de la patiente. Outre l'ajustement de la médication, il poursuit son plan d'intervention qui comprend un programme progressif de sorties en vue d'une "désensibilisation".

À partir de la quatrième hospitalisation, le trouble de personnalité devient une composante du diagnostic qui prendra de plus en plus d'importance. Le "changement rapide et radical de l'humeur" ainsi que les sentiments récurrents de "rejet", de "vide" et de "solitude" amènent le psychiatre traitant à considérer le trouble de personnalité et l'agressivité comme étant à la source des comportements problématiques de Danièle. Le risque suicidaire augmente et est attribué davantage au sentiment persistant de colère envers l'entourage qu'à la dépression:

... Alors qu'elle était très bien lundi lors de notre entrevue, changement très brusque, lundi soir lié à possibilité de congé évoqué. Se dit incapable d'envisager un retour à..(ressource d'hébergement) et retour à vie plus autonome en général... a appris que son mari travaillait la fin de semaine prochaine, alors qu'elle pensait sortir avec lui, sentiment de rejet ... a davantage réalisé que nouvel emploi de son mari (camion de transport) exigerait horaire difficile, s'est tout de suite imaginée seule chez-elle, retour des angoisses habituelles... Décrit de nouveau..sentiment de "vide", de "solitude". Percevons de nouveau très nettement colère face à entourage (famille, intervenants) qui ne peuvent combler ses besoins. Aucune intention suicidaire ... mais évoque froidement cette possibilité dans l'avenir, avouant que ce sera un "geste de colère", si n'arrive pas à trouver autre solution. Ce changement rapide et radical d'humeur lié à aspect relationnel, semble plus attribuable aux traits borderline qu'à la dépression ..... (Dossier médical, psychiatre traitant, HÔP, 09.04.91)

En résumé, pendant une grande partie du suivi, le diagnostic oscille entre les troubles d'ordre dépressif et le trouble de personnalité borderline auxquels s'ajoutent, par moments, les problèmes physiques. Cette difficulté à préciser le diagnostic crée une situation d'impasse pour les soignants et prolonge la durée des hospitalisations sans, pour autant, les rendre efficaces. Cette situation d'impasse et d'inefficacité mène à des consultations interprofessionnelles où sont exposées les différentes

perceptions des soignants. Ces perceptions et leurs effets sont examinés à la section suivante.

## 5.7 PERCEPTIONS ET INVESTISSEMENT DES SOIGNANTS

Cette section examine les différences de perceptions des soignants quant aux problèmes de la patiente et à son diagnostic ainsi que l'influence de ces perceptions sur leur investissement, orientation et attitudes—dont la directivité—à l'égard de la patiente. Elle examine ensuite les attitudes des soignants envers les membres de la famille et l'intervention au plan du rôle maternel.

### 5.7.1 Perception et investissement à l'égard de la patiente

De façon générale, les soignants maintiennent, tout au long du suivi de la patiente, un degré élevé d'investissement indépendamment de l'état de la patiente. Qu'elle soit en crise ou dans un état plus stable ou amélioré, la patiente et sa famille bénéficient d'un grand nombre d'interventions de divers types. Notons, par exemple, le programme d'interventions en clinique externe établi pour la patiente à la fin de sa première hospitalisation. Outre les thérapies individuelles avec son psychiatre et les rencontres de couple avec la travailleuse sociale, la patiente se joint à un groupe d'ergothérapie jusqu'à son retour au travail. De plus, il est prévu que Danièle participe à un nouveau groupe de thérapie qui s'adresse aux mères souffrant de troubles mentaux sévères<sup>73</sup>.

Le maintien de l'investissement chez les soignants semble aller de pair avec le maintien de leur perception positive de la patiente. Les notes au dossier médical montrent qu'en dépit d'une évolution insatisfaisante de son état et de la persistance de nombreux revirements au niveau de ses comportements, les soignants ont maintenu pendant assez longtemps une perception positive et une attitude empathique à son égard. Parmi les facteurs qui ont pu susciter l'investissement thérapeutique chez les soignants, notons leur perception d'un potentiel de changement chez cette patiente. Cette perception d'un bon potentiel de changement pouvait être fondée, à la différence de Caroline, sur le statut socio-économique plus élevé de Danièle, sur ses habiletés de travail reconnues, sur la stabilité de ses relations, sur le fait qu'elle n'avait aucun antécédent de problèmes de santé mentale et que sa maternité était récente et, finalement, sur ses ressources personnelles dont sa capacité d'expression et d'autocritique. Danièle laissait, en outre, l'impression d'une grande souffrance et d'une grande vulnérabilité qui ont pu susciter chez les soignants le besoin de la protéger: "... tentant de plaire aux autres, de se conformer à ce qu'elle percevait des attentes des autres.. une bonne capacité verbale et d'élaboration de la patiente, capacité apparente à l'insight ... (Dossier médical, psychiatre traitant, HÔP, 14.09.89). Il est possible que ces perceptions chez les soignants d'un certain potentiel, mais aussi de

---

<sup>73</sup> Une brève description de cette intervention sera présentée plus loin. Florence, la troisième patiente de cette étude, a aussi participé à ce groupe de thérapie.

grande souffrance chez-elle, aient pu favoriser le maintien d'attitudes conciliantes de leur part dont leur préoccupation de respecter le rythme de la patiente, indépendamment de facteurs iatrogéniques qui auraient pu être reliés à leurs interventions, dont la prolongation de la durée des hospitalisations.:

... très angoissée ce matin, a mal dormi cette nuit, suite à la visite de sa fille et de son mari; craint qu'on ne sache plus quoi faire avec elle... verbalise beaucoup de colère et pleure, se dit incapable de tolérer cette souffrance encore longtemps et demande à ce qu'on augmente sa médication. (Dossier médical, inf, HÔP/ 8-16, 02.08.89)

Pas d'amélioration sous prozac, reste triste et angoissée, souffrance psychique... cessons prozac.. attendons quelques jours pour réintroduire nardil, seule rx à laquelle elle a répondu. Si hypotension ré-apparaît, demanderons l'opinion de la médecine interne... (Dossier médical, psychiatre traitant, HÔP, 21.01.91)

... très difficile d'établir des buts avec la patiente... elle ne peut qu'envisager qu'une régression profonde. Me semble très souffrante .... (Dossier médical, externe en psychiatrie, HÔP, 03.12.91)

Ces observations rappellent une proposition formulée au chapitre portant sur le cas de Caroline (p. 113) où une relation avait été établie entre la perception des soignants de l'état de souffrance et de besoin de la patiente, leur niveau d'investissement et la prise en compte des facteurs familiaux dans le traitement de la patiente. Dans le cas de Caroline, cette relation entre ces variables avait été plus fluctuante que dans le cas présent où la perception de souffrance chez la patiente est plus souvent évoquée et où le niveau d'investissement demeure élevé, indépendamment des réponses insatisfaisantes de la patiente et du désinvestissement de la patiente à l'égard des interventions.

### **5.7.2 Investissement de la patiente et investissement des soignants**

Tout au long de son suivi psychiatrique, Danièle investit d'abord de façon positive les interventions qui lui sont offertes puis les abandonne rapidement par la suite. Dans ces circonstances, elle invoque son insatisfaction à l'égard de ces interventions qu'elle juge inefficaces. Sa participation au groupe de thérapie pour les mères souffrant de trouble mentaux en est un exemple. Cet épisode montre l'écart entre l'investissement des soignants et l'investissement de la patiente. En effet, les soignants impliqués auprès de Danièle appuient son intégration à ce nouveau groupe manifestant ainsi leur espoir qu'elle développe la capacité de s'occuper de sa fille. La description de cet épisode illustre ce mouvement d'engagement puis de recul, dont une des conséquences est l'échec de cette intervention pour cette patiente.

Quelques semaines après sa première hospitalisation, Danièle, alors suivie en clinique externe, s'intègre à un nouveau groupe, organisé par des ergothérapeutes, offert aux mères souffrant de troubles

mentaux<sup>74</sup>. La durée prévue de ce groupe est de 15 semaines. Au début, la patiente montre un grand intérêt à y participer tout en exprimant une certaine réserve quant à son objectif de reprendre son rôle maternel:

... Semble avoir diminué beaucoup ses attentes face à la prise en charge de sa fille. Exprime un certain réalisme et ses limites face à ses capacités d'être mère, à temps plein... exprime cependant son désir de rapprochement et d'un contact continu avec sa fille qui serait très modéré au début... semble avoir très peu confiance en elle... situe les objectifs d'une thérapie de groupe pour elle-même au niveau d'un échange avec les autres mères, du support qu'elle pourrait en retirer et d'un travail au niveau d'un rapprochement avec sa fille.... (Dossier médical, ERG., CE, 22.02.90)

Elle s'implique activement au processus d'évaluation et aux premières séances de groupe. Le processus d'évaluation est lourd en raison du fait que cette thérapie fait l'objet d'une recherche. Contrairement à d'autres patientes, elle accepte sans difficulté d'être filmée à son domicile en interaction avec sa fille. La motivation élevée de la patiente, le fait qu'elle exprime clairement son malaise et le potentiel qu'elle démontre suscitent chez les soignantes de l'intérêt et le désir de l'aider:

... patiente s'est toujours montrée très intéressée en dépit du fait qu'elle soit actuellement séparée de son mari et de sa fille... Envisage.. de poursuivre des contacts avec ceux-ci et aimerait travailler sa relation avec sa fille... se dit très malheureuse actuellement et veut mettre toutes les chances de son côté ... (Dossier médical, ERG., CE, 15.02.90)

... patiente collabore très bien, se relie bien et spontanément à l'autre thérapeute. S'exprime facilement ... démontre autocritique et capacité d'introspection. Semble avoir diminué beaucoup ses attentes face à la prise en charge de sa fille. Exprime un certain réalisme et ses limites face à ses capacités d'être mère, à plein temps ... (Dossier médical, ERG., CE, 22.02.90)

Elle s'implique activement lors des séances de groupe puis elle décide, de façon inattendue, de quitter le groupe après six semaines. Elle prend cette décision dans une période où elle recommence à se sentir plus angoissée et découragée; elle est impliquée simultanément dans des procédures de séparation conjugale (vente du condo, notaire, ... ) et elle éprouve toujours beaucoup de difficultés lorsqu'elle est en présence de sa fille. Elle invoque plusieurs motifs pour quitter le groupe dont: "le groupe ne lui apporte pas grand-chose"; "le problème est à l'intérieur d'elle et n'est pas relié à sa fille et donc la solution n'est pas de travailler au plan de sa relation avec sa fille"; finalement, elle a été approchée pour participer à une autre recherche: "c'est trop", "elle a de plus en plus l'impression qu'elle est un gros cas irrécupérable..." (Dossier médical, ERG., CE, 26.04.90).

Danièle cesse ainsi toutes les interventions qui lui sont offertes au département de psychiatrie, à

---

<sup>74</sup> L'auteure est une des ergothérapeutes qui a organisé ce groupe. C'est à ce moment qu'elle entre, pour la première fois, en contact avec Danièle.



l'exception de son traitement avec le docteur Bilodeau. Elle décide de prioriser sa psychothérapie en bureau privé, amorcée dès le début de son traitement psychiatrique—avec laquelle le psychiatre traitant était en désaccord—, car elle "trouve qu'elle ne reçoit pas assez de thérapies qui lui permettent de s'en sortir". Bien qu'en désaccord avec les décisions de la patiente, docteur Bilodeau, qui est d'avis que la patiente reproduit en thérapie les mêmes comportements d'abandon qu'avec son mari, accepte de continuer à la suivre en raison de la médication, à la condition, toutefois, que ce nouveau "contexte thérapeutique" ne soit pas "problématique":

... nous apprend que 1) a cessé groupe de mère-enfant 2) a commencé à consulter "psychothérapeute" 1 fois/semaine pour aller plus loin..en entrevue, parlons de dépendance, de désir de régression depuis quelques temps, fuite de ses conflits... l'avisons de sa tendance à toujours "vouloir aller ailleurs" afin d'éviter conflits... patiente en est consciente mais veut tenter l'expérience... continuons pour le moment à voir la patiente re: médication mais si le contexte thérapeutique devient problématique la patiente "devra choisir"..(incapable d'aller avec ni de laisser son mari, reproduit le même comportement en thérapie)... prochain r.v. le 10.05.90 ... (Dossier médical, psychiatre traitant, CE, 26.04.90)

Un autre séquence d'interventions en ergothérapie achoppe de façon similaire. Lors de sa quatrième hospitalisation, Danièle s'intègre au programme d'ergothérapie du service interne. Elle fait preuve d'une bonne collaboration et paraît motivée à investir. La question de sa relation avec sa fille est largement abordée, de sa propre initiative, dans toutes les modalités de thérapie utilisées (activités thérapeutiques, écriture, discussions en groupe). Des problèmes de perception négative de soi et d'exigences très élevées à l'égard d'elle-même et d'autrui ressortent lorsqu'elle discute de ses performances dans le cadre des activités thérapeutiques. La collaboration de la patiente, à laquelle s'ajoutent des manifestations d'autocritique et de capacité à se remettre en question, ont un effet mobilisateur chez la soignante de sorte, qu'au moment de son congé définitif, l'on se retrouve, comme pour les situations précédentes, avec un plan très élaboré d'interventions thérapeutiques qui comporte, entre autres, une intervention axée sur le rôle maternel:

... Bonne collaboration et a fait preuve de motivation face au traitement. Cette étape du traitement a permis de consolider le lien thérapeutique avec la patiente. Celle-ci dit être de plus en plus déterminée à travailler au niveau de la relation mère-enfant. A utilisé l'ergothérapie pour se confronter à certaines de ses difficultés dont l'apprentissage et son rendement au niveau de nouvelles activités. Devient moins exigeante face à elle-même et tolère mieux les frustrations dans le cadre d'une activité. ... faisons d'une part le bilan de son hospitalisation et la planification du traitement en clinique externe: 1 groupe en piscine/semaine ... jusqu'à son retour au travail; 1 groupe axé sur le rôle maternel en clinique externe 1 fois/semaine ... . (Dossier médical, ERG, HÔP, 28.05.91)

Ces observations suggèrent comme dans le cas de Caroline (p. 114) (H) *que l'attitude d'investissement de la patiente et l'impression qu'elle laisse d'un bon potentiel d'amélioration encouragent l'investissement thérapeutique chez les soignants.*

À la différence du cas de Caroline, les multiples abandons de Danièle, en dépit des situations d'impasse qu'ils provoquent, n'amènent pas les soignants à désinvestir. Le désinvestissement de la patiente à l'égard des interventions se produit le plus souvent suite à sa perception d'être abandonnée par les membres de sa famille. Ce désinvestissement est toutefois suivi d'une détérioration de son état qui peut contribuer à maintenir l'investissement chez les soignants ou, tout au moins, un investissement de type mobilisation, axé essentiellement sur la réduction de la crise. Les états de crise, le risque suicidaire ainsi que les problèmes physiques suscitent, de façon générale, de l'inquiétude chez plusieurs des soignants et provoquent un degré élevé de mobilisation. Par exemple, lors d'un épisode où elle évoque des idées suicidaires, l'infirmière la rencontre à trois reprises en moins de trois heures: " ... État de crise ce am... entrevue à 8h30, 10h30, 11h00, ... se dit suicidaire mais n'élabore pas d'idée précise ... dit se sentir comme la veille de l'hospitalisation ... "(Dossier médical, INF, HÔP/ 8-16, 02.11.89).

En somme, l'investissement des soignants fut considérable et constant bien que celui de la patiente l'ait été beaucoup moins. En dépit des ressources et de l'investissement mis en place, Danièle n'a cependant jamais pu retrouver un niveau de fonctionnement satisfaisant et développer la capacité d'assumer son rôle maternel. Et elle est toujours demeurée aussi fuyante à l'égard des interventions—notamment celles portant sur le rôle maternel—qui se sont ainsi avérées inefficaces. Il est ainsi plausible de penser (H) *qu'un investissement thérapeutique élevé et soutenu n'était pas, en soi, suffisant pour améliorer l'état et éventuellement le niveau de fonctionnement de la patiente. (H) Une autre condition apparaît essentielle à l'investissement de la patiente et, conséquemment, à l'efficacité des interventions soit que la patiente doit avoir la capacité de répondre aux objectifs d'intervention, dans le cas présent, l'objectif principal étant de pouvoir assumer son rôle maternel et de pouvoir assumer les solutions proposées. En d'autres termes, les objectifs et solutions doivent être viables pour la patiente. Ces propositions portant sur le niveau d'investissement de la patiente à l'égard des interventions prennent la forme suivante:*

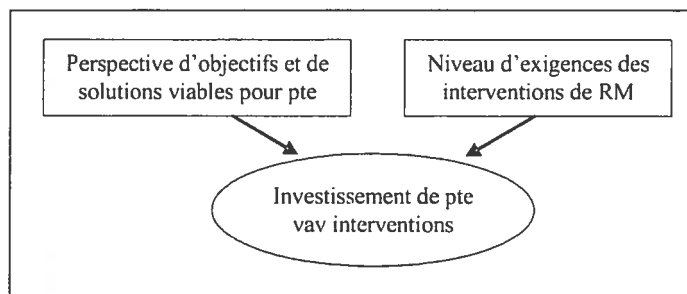


Figure 12: Facteurs influençant l'investissement de Danièle vis-à-vis le système d'intervention

Ces essais d'explications remettent en question une proposition, évoquée dans le chapitre précédent portant sur l'histoire de Caroline, qui proposait (p. 96) (H) *que l'investissement des soignants est associé à l'investissement de la patiente*. Dans le cas de Caroline, l'on observa la réduction de l'investissement ou le maintien d'un investissement limité en relation avec des réactions insatisfaisantes et répétitives de la patiente. Le cas de Danièle montre que l'investissement des soignants peut se maintenir élevé en dépit d'un faible investissement de la patiente. Cela suggère cette nouvelle proposition (H) *que l'espoir chez les soignants de Danièle, étant donné sa motivation et son potentiel apparents, que leurs interventions puissent être éventuellement efficaces ait été un des facteurs du maintien de leur investissement*. Par exemple, le psychiatre semblait miser beaucoup sur une médication pour traiter les éléments dépressifs de la patiente. De la même façon, il y eut un investissement important au niveau du couple et de la famille comme au niveau du rôle maternel qui pouvait être relié à l'espoir chez les soignants que les interventions s'adressant à ces aspects soient éventuellement efficaces. Ainsi, l'on pourrait dire (H) *que la perception chez les soignants de l'efficacité de leurs interventions influence leur investissement*. Ces propositions émergent du cas de Danièle rejoignent celle formulée dans le cas de Caroline (p. 114) (H) *que le niveau plus élevé d'investissement de la patiente et l'anticipation d'une ressource externe ont un impact sur l'investissement des soignants*.

En somme, les comportements imprévisibles et contrôlants de la patiente, malgré le fait qu'ils aient réduit les soignants à une situation d'impasse, ne les ont pas empêchés de maintenir un niveau élevé d'attention et d'investissement, de soutien et de tolérance à l'égard de la patiente. Ces observations sont très différentes de celles tirées du cas de Caroline où les soignants, lorsque réduits à l'état d'impuissance, avaient tendance à diminuer leur investissement voire à désinvestir auprès de la patiente. Cette différence entre les deux cas peut s'expliquer par les différences au plan des perceptions chez les soignants des problèmes et du potentiel de la patiente ainsi que de son état de souffrance.

### **5.7.3 Variation dans l'investissement des soignants selon leurs perceptions**

Les observations des comportements des soignants suggèrent que ces comportements varient en fonction de leurs perceptions de la pathologie et des comportements de la patiente. Nous avons déjà décrit le comportement plus encadrant du premier psychiatre remplaçant qui fut le premier à poser, chez Danièle, le diagnostic de trouble de personnalité. Un deuxième cas fut aussi relevé. Lors d'une des admissions de Danièle à l'urgence, le psychiatre consulté par le psychiatre traitant, le docteur Gibeault, évalue Danièle et détermine la nécessité d'une cure fermée. Il rapporte dans sa note "l'attitude..contradictoire et ..irritante" et un risque suicidaire chronique difficile à contrôler chez cette patiente. Il formule par la suite des recommandations dont des "interventions verbales ..plus

confrontantes” plutôt “qu’interprétatives” et axées davantage vers la responsabilisation de la patiente. Il souligne la difficulté pour les soignants de résoudre les “paradoxes” et les “contradictions” suscités par la “réaction thérapeutique négative” chez la patiente.

... a renoncé à retourner auprès de son mari et de sa fille et a choisi la vie régressive du retour chez sa mère... il s'en est suivi une recrudescence des symptômes dépressifs et une escalade marquée dans des menaces généralement indirectes mais claires de suicide, ce qui a forcé la main du médecin traitant dans le sens de l'hospitalisation ... . Or en entrevue, la patiente adopte une attitude pour le moins contradictoire et plutôt irritante. D'une part, elle clame sa souffrance morale sur tous les tons ... de l'autre elle en a contre les mesures prises par Dr.. [psychiatre traitant]... pour la protéger contre elle-même, elle souffre à la pensée de passer Noël à l'hôpital, de ne pas reprendre le travail le 7 janvier et ainsi de suite ... (Dossier médical, psychiatre consultant, HÔP, 08.12.90)

... la problématique borderline devrait à mon sens, être abordée comme une résistance au traitement plus que comme l'objet du traitement; l'objet du traitement devrait être essentiellement le retour à un compromis psychologique vivable et à un fonctionnement le plus autonome possible dans un avenir rapproché; je crois que les interventions verbales devraient être plus confrontantes qu'interprétatives, viser davantage la fermeture que l'ouverture des problèmes, porter sur ses manoeuvres projectives et viser à la remettre face à ses responsabilités vis-à-vis son état actuel.. Je crois que cette patiente a bénéficié d'un excellent traitement et qu'il faut le préserver contre ses attaques, tout en reconnaissant qu'elle pourra toujours parvenir à le détruire en se suicidant (une issue qu'on ne saurait prévenir à 100% sans contrevenir à l'autonomie minimale de la patiente) ou en obtenant un changement de thérapeute (une autre de "ses" menaces mais dont elle a reporté la responsabilité à des membres de sa famille) ... La réaction thérapeutique négative chez un patient suscite des paradoxes et des contradictions qui ne se laissent pas facilement résoudre .... (Dossier médical, psychiatre consultant, HÔP, 08.12.90.)

La difficulté de contrôler les problèmes physiques de Danièle est une autre situation qui donne lieu à des divergences d'opinion entre les soignants. Alors que certains sont d'avis que la patiente utilise ces problèmes pour prolonger son hospitalisation, le psychiatre traitant maintient, de façon générale, son opinion qu'ils sont causés par la médication.

On ne trouve pas au dossier médical de réponse ou de position claire du psychiatre traitant relativement aux opinions des autres psychiatres ou autres médecins, ou même à l'attitude que lui-même adopte à l'égard de cette patiente. On observe toutefois un changement graduel de son attitude envers la patiente. À partir du moment où il est plus clair que le trouble de personnalité domine, son interprétation des comportements de la patiente ainsi que son orientation de traitement se modifient. Il ne relie plus les menaces suicidaires à la présence de dépression et met davantage en évidence le risque de régression qui peut être occasionné par l'hospitalisation. En conséquence, il préconise des périodes limitées d'observation à l'urgence psychiatrique plutôt que de longues hospitalisations:

... Détresse psychique, consciente du fait qu'elle soit en train de fermer portes autour d'elle et de son désir intense de régression et de prise en charge (choix entre mort et asile psychiatrique)... Décrit de nouveau sentiment de "vide" intérieur, mais également colère et envie face à "tous ces gens qui vivent normalement"... Pulsions suicidaires mais sans intention de passage à l'acte actuellement, demande d'aide... Impression: - Etat de crise chez patiente avec structure de personnalité borderline, symptômes dépressifs secondaires... - pas d'évidence actuellement de récurrence d'un tableau dépressif majeur tel que présenté lors des hospitalisations précédentes... CAT: Observation à l'urgence afin de tenter de résoudre l'état de crise actuel, ce qu'accepte la patiente... - pas d'hospitalisation pour le moment (risque de régression dans ce contexte) ... (Dossier médical, psychiatre traitant, URG., 06.11.91)

Avec le temps, le désinvestissement de la patiente à l'égard d'elle-même, de sa famille et de son traitement est de plus en plus perceptible. Cela peut être relié au désinvestissement du mari et à l'impuissance ressentie par la patiente suite à sa perception qu'elle ne pourra plus se sortir de l'impasse où elle se trouve:

... Assise sur son lit et entourée de ses bagages ... calme et triste, exprime son désir d'aller dans un endroit où les gens ne s'en sortent pas. M'explique que depuis qu'elle est ici, elle a trois possibilités: 1) se suicider 2) s'en sortir 3) ne pas s'en sortir. Maintenant qu'elle a décidé de ne pas se suicider, elle me remet deux bouteilles remplies de pilules qu'elle avait en sa possession .... (Dossier médical, INF, HÔP - 16-24, 08.01.92)

Bien que les données ne soient pas claires à cet effet, il est plausible de penser que les changements dans les orientations de traitement du psychiatre traitant aient eu une certaine influence sur le niveau d'investissement et les réactions de la patiente. Par exemple, lors d'une hospitalisation qui doit être prolongée en raison de la persistance, chez la patiente, de ses problèmes d'hypotension orthostatique, Danièle, ainsi que sa famille, réagissent agressivement à son psychiatre qui, selon elle, pense qu'elle se "cause" elle-même son hypotension:

... Corrigeons sa mauvaise compréhension de notre dernière entrevue. Il n'a jamais été question que l'hypotension soit "psychologique" mais cette perception a permis à la patiente d'exprimer agressivité face à thérapeute, (en a parlé aux infirmiers, au Dr. L., à sa famille, créant avec cette dernière clivage avec éq. traitante) ... . (Dossier médical, psychiatre traitant, HÔP, 15.04.91)

Danièle apparaît donc sensible aux perceptions de son psychiatre à son égard, que ces perceptions soient justes ou erronées. Il est, ainsi, plausible de formuler l'hypothèse de travail (H) *que les changements, réels ou perçus, dans les perceptions, comportements ou orientations de son psychiatre à l'égard de la patiente aient un impact sur les réactions et, éventuellement, sur le niveau d'investissement de la patiente.* Cela est d'autant plus plausible qu'il est généralement connu que les personnes ayant un trouble de personnalité borderline ont tendance à interpréter les faits et gestes de l'entourage comme du rejet ou de l'abandon à leur égard et qu'elles y réagissent fortement.

En résumé, en dépit du fait que le psychiatre traitant maintienne un niveau élevé d'investissement à l'égard de Danièle, sa perception du problème de la patiente et son orientation de traitement se modifient. Parallèlement, l'on note une diminution sensible des interventions de nature thérapeutique, celles visant un changement profond chez la patiente ou visant sa réintégration dans ses rôles sociaux et familiaux, au profit d'interventions de type ajustement-attente. Lors de l'analyse du cas de Caroline, des relations entre certaines perceptions des soignants et certains types d'investissement avaient été proposées (pp. 96, 114 et 163). Les observations du cas de Danièle, s'ajoutant à celles de Caroline, permettent de formuler l'hypothèse (H) que *la perception qu'ont les soignants du problème de la patiente et de son potentiel d'amélioration agit sur la nature de leur investissement à l'égard de la patiente et sur leur orientation de traitement.*

Si l'on compare les deux cas examinés jusqu'ici, la différence au plan des perceptions et de l'investissement des soignants est importante. Au début, le psychiatre de Danièle montrait beaucoup d'écoute à l'égard des difficultés de la patiente et de tolérance envers les comportements problématiques de la patiente, ce qui a mené à de longues hospitalisations. Chez Caroline, les soignants percevaient davantage, dès le début du suivi, l'aspect manipulateur de ses comportements et sa tendance à se faire prendre en charge, ce qui a mené à des hospitalisations beaucoup plus brèves bien que plus nombreuses. Cela peut s'expliquer par les histoires personnelles et psychiatriques très différentes chez les deux patientes. Par ailleurs, dans le seul cas de Danièle, les différents psychiatres qui ont eu à évaluer la patiente, présentaient des avis différents quant à son diagnostic et à la marche à suivre pour son traitement. Ces observations soulignent l'impact que peuvent avoir la compréhension, l'interprétation ou la perception du soignant quant aux problèmes et aux comportements de la patiente sur leurs comportements, leurs orientations de traitement et leurs interventions.

## 5.8 Directivité

Dans les situations d'impasse, la plupart des soignants de Danièle se sont ajustés à l'évolution et aux fluctuations parfois aussi intenses qu'imprévisibles de l'état de la patiente. Jusqu'à un certain point, ils ont subi le contrôle de la patiente. En effet, ils ont été plus réactifs que proactifs. Comme dans le cas de Caroline, l'on observe très peu de manifestations de directivité de la part des soignants. Dans le cas de Caroline, il est arrivé que les soignants réagissent à certaines situations d'impasse par la mise à distance de la patiente de l'établissement de soin alors que, dans ce cas-ci, Danièle est gardée dans le milieu sécuritaire et substitutif qu'est l'hôpital, jusqu'à ce qu'elle-même décide, en quelque sorte, qu'il soit temps de partir.

Néanmoins, certains soignants ont adopté un comportement plus directif que Danièle a bien accepté.

Prenons le cas du premier psychiatre remplaçant qui pose des restrictions aux congés de Danièle et à ses visites à l'enfant. Ce comportement est très différent de celui du psychiatre de Caroline tout d'abord, au niveau de la préoccupation à l'égard de la sécurité de l'enfant puis dans l'attitude thérapeutique. Cela rappelle l'attitude de fermeté du psychiatre remplaçant dans le cas de Caroline, lors d'une de ses hospitalisations, fermeté envers laquelle elle n'avait pas manifesté de réactions problématiques. Ces réactions positives, ou du moins l'absence de réactions négatives, tant chez Caroline que chez Danièle à l'égard d'attitudes thérapeutiques, fondées sur un certain niveau d'encadrement et de fermeté, peuvent s'expliquer par l'effet sécurisant que ces attitudes ont pu leur procurer. Elles peuvent s'expliquer aussi par le fait que les patientes obtiennent ainsi l'autorisation de ne pas s'occuper de leurs enfants ce qui diminue leurs propres attentes et celles des autres à l'égard de leur rôle de mère ainsi que le stress qui en découle. En somme, les deux cas examinés jusqu'ici tendent à montrer (H) *qu'une attitude de directivité de la part des soignants dans le traitement des patientes accompagnée d'une attitude d'écoute présentent des avantages au plan de la relation thérapeutique et pourrait contribuer, particulièrement en réduisant la source principale de leurs malaises, les attentes de rôle de mère, à l'amélioration et à la stabilisation de leur pathologie et, ainsi, à une meilleure efficacité des interventions.* Cette proposition, bien que plausible, n'est que suggérée par les données qui n'en permettent pas la vérification. Toutefois, certaines approches thérapeutiques, réputées être efficaces avec des borderlines (Linehan, 1993), sont fondées sur un encadrement serré et sur la directivité de la part des soignants.

## 5.9 ATTITUDES DES SOIGNANTS À L'ÉGARD DE LA FAMILLE

Durant la première partie du suivi de Danièle, les soignants ont eu tendance à soutenir ses décisions, même lorsqu'elles comportaient des revirements majeurs pour la patiente et sa famille. Par exemple, sa décision de se séparer de sa famille immédiate et d'aller vivre chez sa mère ou encore sa décision de se séparer définitivement de son mari ne furent pas remises en question par les soignants. Cette façon de faire a pu amener les membres de la famille, pourtant impliqués, à sentir que l'on ne tenait pas compte de leurs besoins. Reprenons la séquence où, lors d'une entrevue de couple, Danièle confirme à son mari sa décision de s'en séparer définitivement. C'est alors que l'on note pour la première fois une réaction de colère chez lui:

... Madame avait annoncé à son mari le 24.02., son désir de se séparer, d'où les attitudes silencieuses, retirées et tristes des deux conjoints.. madame calme dans l'expression de son constat matrimonial, malgré sentiment de culpabilité très fort... supportons dans son honnêteté face au mari à ce moment-ci... Monsieur réagit beaucoup, ne veut aucune aide psychologique, espère que sa femme changera d'idée. Décidé à continuer à protéger sa fille ... offre faite à monsieur de le revoir ... il refuse, il quitte en claquant la porte .... (dossier médical, TS, CE, 27.02.90)

Cette situation n'apparaît pas très problématique pour la soignante. En effet, elle avance l'hypothèse que la dynamique problématique du couple pouvait constituer une entrave à la capacité de la patiente d'assumer son rôle maternel. Elle est d'avis qu'une fois que la situation du couple sera réglée, la patiente pourra s'occuper de sa fille "avec l'aide de sa mère":

... évidence que le malaise conjugal existait avant la naissance de l'enfant... Mme a cherché à réparer le couple en faisant un enfant. Elle réalise son erreur. .. On peut avancer l'hypothèse que mme pourra peut-être se rapprocher plus de sa fille, maintenant qu'elle a réglé ce qui la gênait avec son mari... (Dossier médical, TS, CE, 27.02.90).

En dépit de fortes réactions dysfonctionnelles de Danièle à l'égard de certains comportements des membres de sa famille, ces derniers reviennent vers des positions plus conciliantes à l'égard des demandes de la patiente. De leur côté, les soignants non seulement ne remettent pas en question ces réponses conciliantes des membres de la famille mais les encouragent. Dans une note suivant une entrevue de couple<sup>75</sup>, la travailleuse sociale évoque l'attitude plus conciliante du mari qu'elle considère maintenant capable de s'adapter aux problèmes de la patiente en les contournant et en lui donnant l'attention désirée. La soignante semble approuver ce changement d'attitude du conjoint.

Le même phénomène d'appui des soignants aux comportements conciliants de la famille est observé à plusieurs autres reprises et ceci en dépit des demandes et des comportements parfois abusifs de la patiente à l'égard de sa famille. Notons, entre autres, la tentative ultime des soignants d'influencer la mère de Danièle lors d'une entrevue familiale, à la fin du suivi de Danièle ou, encore, les interventions du psychiatre auprès du mari pour qu'il révise certaines de ses décisions ou pour encourager les rapprochements du couple. Ces données indiquent (H) *que les interventions sont déterminées principalement à partir des besoins exclusifs de la patiente et que les interventions auprès de la famille, considérée comme un système externe à la patiente, ont l'objectif d'amener la famille à adapter ses réponses aux désirs de la patiente.*

Tout comme dans le cas de Caroline, les membres de la famille sont considérés comme des ressources externes pouvant contribuer à stabiliser l'état de la patiente et non comme des membres d'un système d'interdépendances. Toutefois, à la différence du cas de Caroline, le psychiatre de Danièle tente de trouver des moyens pour soutenir davantage la famille afin d'éviter les rechutes de la patiente; par exemple, il préconise un hébergement hors du milieu familial pour que les conjoints puissent s'acclimater l'un à l'autre et pour que Danièle puisse apprivoiser son rôle maternel. Les soignants de Danièle montrent qu'ils ont conscience que la réunion du couple comporte des risques qu'il faut réduire. Le recours à la ressource d'hébergement est une solution alternative au soutien à la patiente

---

<sup>75</sup> Voir l'extrait de cette note datée du 28.08.89 à la page 187 du présent chapitre.



fourni, jusque là, par l'hôpital et une substitution temporaire à la famille:

... Percevons beaucoup moins de colère chez la patiente. Il semble plus évident qu'elle désire également retourner avec son mari, malgré appréhensions intenses (comportement d'allure phobique tel que déjà noté). Retour graduel par étapes à tenter lorsque éléments dépressifs seront sous contrôle ... (Dossier médical, psychiatre traitant, HÔP, 06.02.91)

... l'amener à se sentir de mieux en mieux avec le mari... première phase: ira au Foyer de Transition pendant 2-3 mois... retour au travail le 18.03 ou peut-être une semaine plus tard... rendez-vous en clinique externe le 13.03.91 [avec le psychiatre] ... (Dossier médical, psychiatre traitant, HÔP, 05.03.91)

À plusieurs reprises, au cours des hospitalisations de Danièle, les relations entre les soignants et la soeur de la patiente sont tendues. De l'avis du psychiatre traitant, elle est la "voix" de la patiente pour exprimer son insatisfaction et sa colère à l'égard des soignants. Le psychiatre tente à quelques reprises de faire alliance avec la mère et la soeur de Danièle en vue d'obtenir leur collaboration pour certains aspects de l'intervention. Cela s'avère difficile surtout dans les situations où elles doivent intervenir à l'encontre des désirs de Danièle. L'exemple suivant illustre cette dynamique difficile.

Lors d'un épisode où Danièle fait part d'idées suicidaires, suite au fait que son mari a commencé à fréquenter d'autres femmes, le docteur Bilodeau, qui à ce moment suit Danièle en clinique externe, s'inquiète. Elle veut la faire admettre à l'urgence psychiatrique. La réticence de la patiente amène le psychiatre à rechercher une alliance avec la famille pour dresser un plan qui vise à surveiller Danièle et à l'amener à l'hôpital en recourant, au besoin, à une ordonnance de cour. Le docteur Bilodeau informe les intervenants à l'urgence psychiatrique de son plan d'admission et demande que la patiente soit gardée hospitalisée et placée sous cure fermée, lorsqu'elle se présentera à l'urgence. Ce plan suscite de fortes réactions d'agressivité chez la soeur de Danièle qui s'oppose à l'admission obligatoire de la patiente. À son avis, Danièle a le droit de choisir de se suicider. La mère est aussi en désaccord avec le recours à l'ordonnance de cour, mais elle est d'accord pour assumer une plus grande surveillance et pour tenter de convaincre Danièle de venir à l'urgence:

... dit sentir qu'elle ne peut évoluer davantage, a perdu espoir en toute amélioration... percevons colère et rage très importantes notons que nous avons appris par le téléphone de la soeur que le mari de la patiente aurait récemment eu relations avec autre(s) femme(s)... notons qu'il semble exister un certain clivage dans la famille, soeur nous ayant dit qu'elle était opposée à toute nouvelle hospitalisation, et pronait la liberté de se suicider... ... parlons à la mère par la suite lui demandons 1) d'exercer surveillance continue (risque de passage à l'acte impulsif), ce qu'elle [mère] dit pouvoir faire sans difficulté... 2) l'amener à l'urgence... dès qu'un transfert sera possible (demain probablement) ... avisons l'urgence de garder hospitalisée la patiente, cure fermée PRN, médication renouvelée à la pharmacie pour une semaine. (Dossier médical, psychiatre traitant, CE, 08.06.90)

... risque de passage à l'acte suicidaire impulsif... appelons Maître ... re: informations concernant ordre de cour ... ce dernier ne peut en émettre un avant demain matin. Demande à un membre de la famille de se présenter au Palais de Justice avec lettre du médecin demain matin ... appel de la soeur... a reçu appel de la patiente, soeur très fâchée de notre recommandation d'un séjour à l'hôpital, totalement opposée à l'appel aux policiers... ([soeur] appelle par la suite Garde C... à l'urgence, répétera les mêmes propos grossiers ++ selon Garde C... ) ... mère s'objecte à une telle démarche [ordre de cour]. Aucun membre de la famille ne le fera selon elle... étant donné opposition majeure de la part de la famille face à l'ordre de cour et à l'hospitalisation contre son gré, ... mère est prête à assurer surveillance avec la tante... persistance d'un lien thérapeutique avec la patiente malgré son comportement borderline (saga depuis 1 semaine) ... attendons qu'elle se présente d'elle-même à l'urgence d'ici demain ... médication non renouvelée ... Dx: état anxio-dépressif fluctuant chez personnalité avec traits borderline (sentiment de vide, rage) ... (Dossier médical, psychiatre traitant, URG., 05.07.90).

Percevant un risque élevé de passage à l'acte chez Danièle, le psychiatre demande l'aide de la famille pour obtenir une ordonnance de cour, obligeant, du même coup, l'admission de la patiente à l'urgence afin de la protéger contre elle-même. Toutefois, en demandant aux membres de la famille de faire cette démarche judiciaire, le psychiatre les amène à poser un geste contre la volonté de la patiente et, ainsi, à faire alliance avec lui contre elle. Les membres de la famille se trouvent ainsi placés en conflit de rôles. Étant donné la réaction de la soeur de Danièle, l'alliance avec la famille ne peut être que partielle. Ces données mettent ainsi en lumière les attentes de rôle, de type utilitaire ou de ressource, de la part des soignants vis-à-vis les membres de la famille et le risque subséquent de conflit de rôles pour ces derniers.

### 5.10 INTERVENTION ET RÔLE MATERNEL

À plusieurs reprises au cours du suivi de Danièle, des interventions visant son adaptation à son rôle maternel lui ont été proposées. En dépit de sa motivation au départ, Danièle, à chaque fois, les a abandonnées. Alors que certaines de ces interventions ont été décrites in extenso, d'autres ne l'ont été que partiellement. Cette section décrit le parcours et les difficultés rencontrées dans la mise en place et le maintien des interventions portant sur le rôle maternel.

L'objectif des interventions axées sur le rôle maternel visait, tout d'abord, à faire en sorte que la patiente puisse mieux tolérer les contacts avec sa fille et modifier certaines de ses perceptions concernant ce rôle. Cela lui permettrait, éventuellement, de développer plus de confiance en elle-même en tant que mère. À plusieurs reprises, Danièle avait exprimé des sentiments d'incompétence, en se comparant à son mari, et la perception d'avoir perdu sa place d'enfant dans sa famille; sa fille, devenue sa rivale, la lui avait enlevée.

En vue de son admission à un groupe de thérapie pour mères souffrant de troubles mentaux, Danièle se soumet à une évaluation de l'interaction mère-enfant, à domicile. La mère et la tante de Danièle, toutes deux septuagénaires, sont présentes. Aussi, il est possible de constater à quel point la patiente recourt à leur aide, dès qu'elle se sent insécure avec sa fille. De leur côté, sa mère et sa tante s'empressent de l'aider tout en adoptant, par moments, une attitude critique à son égard. Outre les propos négatifs de la patiente à l'égard du rôle maternel, cette évaluation confirme sa difficulté à l'assumer. Danièle quitte cependant la thérapie de groupe après seulement six semaines.

Lors de sa quatrième hospitalisation, durant laquelle Danièle participe au programme d'ergothérapie du service interne, elle reprend contact avec une des ergothérapeutes qui l'avait suivie dans le cadre de la thérapie de groupe. Un rapprochement avec son mari et sa fille étant prévu dans son plan d'intervention, la patiente demande d'elle-même de reprendre les activités qui lui permettraient de se sentir plus à l'aise dans son rôle de mère. Aussi, lors du congé définitif, l'ergothérapeute s'entend avec Danièle sur un plan d'intervention axé sur la relation mère-enfant et sur la reprise de son rôle maternel. Ces interventions sont offertes en clinique externe. À ce moment, Danièle est en voie d'amélioration et un tel contexte annonce un espoir de changement et l'augmentation d'investissement tant chez la patiente que chez les soignants. Toutefois, la réadmission rapide de Danièle, suite à ses problèmes d'hypotension orthostatique, deux semaines après son congé définitif, fait en sorte que ce plan n'est pas réalisé.

Des interventions au plan du rôle maternel peuvent finalement être entreprises après la cinquième hospitalisation. C'est une période où Danièle, alors suivie en clinique externe, se sent relativement bien et durant laquelle elle entretient toujours l'espoir de reprendre la vie commune avec son mari et son enfant. L'enfant est alors âgée de deux ans. Ces interventions comportent des séances individuelles avec la patiente alternant avec des rencontres mère-enfant.

Les rencontres mère-enfant, dans le cadre de ces interventions, se déroulent relativement bien. La relation entre la patiente et sa fille s'améliore peu à peu. Danièle se sent plus en confiance en présence de sa fille. Elle est alors capable de demeurer seule avec elle ne fut-ce que durant de brèves périodes. Cela permet d'envisager d'autres possibilités d'interventions susceptibles de mener à des rencontres médiatisées plus fréquentes entre Danièle et sa fille et, ainsi, consolider la relation mère-enfant. Il lui est, tout d'abord, proposé de s'inscrire à des cours "parents-enfants" offerts dans un CLSC et de s'intégrer à une ressource communautaire s'adressant aux parents et à leurs enfants. Danièle, ouverte à ces propositions, accepte de visiter cette ressource en compagnie de l'ergothérapeute. Les intervenantes de cette ressource, localisée dans une maison de quartier, offrent du soutien aux parents en difficulté en plus d'offrir des activités éducatives et de loisirs aux familles. En plus des avantages reliés aux services directs fournis par la ressource, les intervenantes nous autorisent à utiliser leurs locaux pour les thérapies mère-enfant se tenant jusque là à l'hôpital. D'une part, la disposition de

locaux et la disponibilité d'un matériel approprié permettent d'organiser ces thérapies de façon à voir la mère et la fille, ensemble, dans un premier temps, puis de voir la mère seule et d'avoir une intervenante disponible pour s'occuper de l'enfant. Cet arrangement, souhaitable compte tenu de la problématique de la patiente, n'est pas possible à la clinique externe de psychiatrie, car les ressources humaines et matérielles sont difficilement accessibles en raison d'inconvénients reliés à l'enfant tels le bruit ou le risque de se faire briser du matériel. Ainsi, la proposition des intervenantes de la ressource communautaire devient une alternative intéressante.

Lors de la première visite à la ressource, un échange portant sur les difficultés d'être mère, permet à Danièle d'amorcer un lien de confiance avec les intervenantes. Danièle réagit positivement à cette visite et est d'accord pour y retourner pour la prochaine séance de thérapie mère-enfant. Toutefois, une ensemble de circonstances incontrôlées reliées tant à la patiente, qui décide de mettre fin à son suivi, qu'à des contraintes administratives des milieux d'interventions font en sorte qu'il n'est plus possible d'y retourner.

Parallèlement à ces démarches vers une nouvelle ressource, l'état de Danièle avait commencé à se détériorer suite à un nouvel échec de reprise de la vie commune avec son mari. C'est ainsi qu'en dépit de l'attachement devenu plus important avec sa fille, Danièle en vient à recréer une distance entre elles et à refuser de poursuivre les interventions mère-enfant.

En raison de la détérioration de l'état de la patiente, le psychiatre traitant et l'ergothérapeute ont un entretien pour élaborer une stratégie visant à contrer l'intention de Danièle d'abandonner les interventions sur le rôle maternel. De l'avis du docteur Bilodeau, les interventions mère-enfant ont eu l'impact de raviver le sentiment de rivalité de la patiente envers sa fille. Danièle se serait sentie abandonnée par l'ergothérapeute au profit de sa fille. Le psychiatre est d'avis que les interventions portant sur le rôle maternel devraient se poursuivre à la condition que l'ergothérapeute cesse les entrevues individuelles avec la patiente et ne poursuive que les rencontres mère-enfant. C'est le psychiatre, uniquement, qui assumerait le suivi en individuel. Cela réduirait les risques de clivage et de dépendance. Toutefois, étant donné la persistance du refus de la patiente à poursuivre les interventions mère-enfant, il est convenu de respecter ce refus et de "laisser la porte ouverte" à la reprise de ces interventions dans l'éventualité où elle changerait d'idée.

Il n'y aura plus, dans la suite de cette histoire, d'intervention portant sur le rôle maternel. Dans les épisodes ultérieurs où une amélioration est notée, lesquels sont très brefs, la patiente revoit d'elle-même sa fille, une fois aux deux semaines et, trouvant ce rapprochement suffisant, elle ne ressent pas le besoin de reprendre les rencontres mère-enfant. Le psychiatre est d'accord avec cette position; la reprise de telles rencontres risquant, à son avis, de provoquer davantage de crises chez la patiente et d'encourager sa tendance à se fusionner aux thérapeutes.

En résumé, les interventions portant sur le rôle maternel de Danièle ont échoué à chaque tentative. Bien que généralement encouragées par les soignants, ces interventions étaient, le plus souvent, trop confrontantes pour la patiente. Les rencontres mère-enfant, à la fois appréciées et difficiles, permettaient à Danièle de reprendre contact avec sa fille, de la découvrir et, jusqu'à un certain point, de se découvrir comme mère. Par ailleurs, durant les périodes où la patiente allait moins bien, elle avait tendance à se percevoir de façon négative et à interpréter les gestes et propos de sa fille dans le même sens. Elle avait alors tendance à mettre un terme à ces séances.

L'impossibilité de résoudre le conflit conjugal, en amenant la patiente à abandonner l'espoir de prendre éventuellement sa place auprès de sa fille, fut aussi une des pierres d'achoppement de ces interventions. Il semble par ailleurs que la fréquence des visites, aux deux semaines, ait été déterminée dans les limites de la tolérance de la patiente.

Outre les résistances de la patiente, certains facteurs reliés aux soignants et à l'organisation des services n'ont pas facilité la mise en place des interventions mère-enfant. Le principal noyau de résistance se trouvait dans le milieu hospitalier. Au départ, les soignants impliqués se sont mis d'accord pour de telles interventions, étant convaincus que la patiente possédait la capacité d'assumer son rôle maternel. Il est, toutefois, à souligner que l'idée et la mise en place de ces interventions, qui n'étaient pas habituellement pratiquées dans le milieu, fut encouragée pour des motifs de recherche. En effet, avant que le groupe de thérapie pour les mères présentant des troubles mentaux ne soit mis sur pied, aucune intervention portant sur l'évaluation de l'enfant, de la relation mère-enfant ou encore, visant un soutien spécifique et concret au plan du rôle maternel n'avait été envisagée. En fait, à l'exception du premier psychiatre remplaçant, peu de soignants se sont montrés préoccupés de l'impact de la pathologie et des comportements à risque de la mère sur le devenir de l'enfant ainsi que de ce que cette enfant pouvait vivre en rapport avec les multiples abandons de sa mère. Après que la patiente ait démontré qu'il n'était pas possible pour elle de reprendre ce rôle, il a été recommandé de cesser ces interventions jugées trop confrontantes et qui risquaient de provoquer des crises. La résistance à une intervention au plan du rôle maternel s'est aussi manifestée chez certains soignants qui se plaignaient du bruit occasionné par l'enfant ou qui hésitaient à rendre accessible leur local déjà aménagé pour des enfants de peur de perdre du matériel. Ces données illustrent la difficulté à apporter des changements dans un grand système, comme le milieu hospitalier, puisqu'ils suscitent de la résistance dans plusieurs de ses sous-systèmes qui tendent à se maintenir comme tels. Encore là, il est peu habituel de voir aux besoins des enfants dans le cadre de services donnés aux adultes. Cela suggère l'hypothèse (H) *que les besoins et les exigences du système de soins sont prioritaires et que les besoins des patientes et de leurs familles peuvent obtenir des réponses efficaces en autant que ce système puisse les rejoindre*. Cette hypothèse rejoint celle élaborée pour le cas de Caroline qui propose que (H) *le fait de limiter l'intervention à la patiente et de ne pas prendre en compte le système familial peut relever de paramètres tels la formation des soignants et l'approche de spécialisation qui prévaut dans les milieux hospitaliers*.

## 5.11 COMMUNICATION ET CONCERTATION INTERPROFESSIONNELLES

En matière de relations interprofessionnelles, des différences importantes ont été observées, dans les deux cas examinés. De façon générale, les communications entre les différents soignants de Danièle, provenant parfois de disciplines et de spécialités différentes, sont fréquentes et les notes au dossier sont plus claires et complètes. Outre le dossier médical, les soignants échangent entre eux dans le cadre de réunions d'équipe ou de discussions de cas. Ainsi, à la différence du cas de Caroline, les soignants utilisent divers modes de communication dont les communications unidirectionnelles et à bidirectionnelles (Côté, Bélanger et Jacques, 1994). En conséquence, les modes de communication utilisés permettent, non seulement, le transfert d'informations mais ils permettent, aussi, une rétroaction, c'est-à-dire, une réaction immédiate de l'interlocuteur dans le processus de communication.

Les communications interprofessionnelles se tiennent non seulement entre les soignants du milieu hospitalier, mais aussi entre ces derniers et les intervenants des ressources communautaires impliquées. On note une exception avec la psychothérapeute qui suit la patiente bureau privé. Il n'y a aucun lien entre le psychiatre traitant et cette psychothérapeute. À plusieurs reprises, le psychiatre exprime son désaccord à l'égard de cette psychothérapie introspective qui, à son avis, suscite trop d'angoisse chez la patiente. Il est d'avis que la patiente se sert de cette psychothérapeute pour fuir et remplacer les interventions du milieu hospitalier, insatisfaisantes pour elle, ce qui va à l'encontre des principes thérapeutiques inhérents au suivi de la patiente.

Les données ne permettent pas d'expliquer l'absence de communication entre ces deux intervenants. Dans le cas de Caroline, des problèmes de communication et de concertation interprofessionnelles avaient été fréquemment observés, non seulement, entre le psychiatre traitant et les intervenants provenant d'autres établissements, mais aussi, avec des intervenants du même milieu hospitalier mais de spécialités différentes. Les problèmes de communication y avaient été expliqués (p. 98 et 130) par les *“définitions de rôles professionnels et les obligations des différents agents”* d'intervention ainsi que par la *“division du travail reliée à la spécialisation des tâches et aux normes qui régissent les interactions et les attentes de rôle du milieu”*. Il avait aussi été proposé (p. 98) (H) *que les difficultés de concertation peuvent être plus importantes entre intervenants issus de milieux différents, en raison des normes différentes qui régissent leur pratique*. Ces propositions, tel qu'énoncées dans le cas de Caroline, ne se confirment pas avec le cas de Danièle dans lequel les communications interprofessionnelles n'ont pas présenté de problème, même si les soignants provenaient de disciplines et de spécialités différentes. Au contraire, le psychiatre de Danièle recherchait l'avis de collègues et autres spécialistes pour obtenir des réponses à ses questions. Et, il les acceptait avec ouverture. Rappelons que des facteurs tels l'attitude ou l'état d'esprit, l'ouverture, l'écoute des interlocuteurs,

l'attachement à certaines philosophies, les préjugés, les phénomènes de perception et de dissonance cognitive et le climat de travail ont des impacts sur la communication interpersonnelle (Bergeron, Côté-Léger, Jacques et Bélanger, 1979).

L'absence de communication entre le psychiatre de Danièle et la psychothérapeute en bureau privé, comme aussi les problèmes de communications notés dans le cas de Caroline, peuvent, par ailleurs, s'expliquer par d'autres facteurs. Il y a tout d'abord le niveau de connaissance des intervenants en présence quant à leurs rôles respectifs lequel peut être plus ou moins accentué par l'habitude de travailler ensemble et par la fréquence des communications. Cela pourrait expliquer, par exemple, dans le cas de Caroline, qu'il n'y ait pas eu de problème de communication et de concertation entre le psychiatre et les soignants de l'urgence psychiatrique et de l'unité du service interne en psychiatrie qui oeuvrent au sein du même département. De la même façon, dans le cas de Danièle, cela pourrait expliquer qu'il n'y ait pas eu de problème de communication et de concertation entre les intervenants de la ressource d'hébergement, bien connus des soignants du milieu hospitalier, et ces derniers. En somme, cette analyse suggère (H) *que le niveau de connaissance des soignants quant à leurs rôles respectifs, lequel est déterminé par la fréquence des contacts et des communications, influence positivement la communication et la concertation interprofessionnelles.* Cette proposition rejoint celle énoncée dans les travaux de White, Mercier et Roy (1993) que "*des communications plus fréquentes -voire institutionnalisées- contribuent à créer des liens de confiance entre les intervenants et à améliorer la coordination et la concertation interprofessionnelles.*" De plus, cette proposition n'est pas sans rappeler la théorie sur les phénomènes de groupe de Georges C. Homans (1950) comportant trois éléments de base—les activités, les interactions et les sentiments—interdépendants et qui se renforcent mutuellement. Selon cette théorie, les tâches ou activités à réaliser dans une organisation amènent des personnes à interagir développant, du même coup, des sentiments réciproques entre elles. Ainsi, plus le nombre d'interactions entre les personnes s'accroît, plus leurs sentiments entre elles sont favorables et, plus elles ont tendance à adopter des valeurs et attitudes similaires (Homans, 1950 dans Côté, Bélanger et Jacques, 1994).

Le degré d'accord entre les intervenants, dans leurs opinions ou orientations, est un autre facteur qui pourrait influencer les communications et la concertation interprofessionnelles. Bien qu'aucune donnée provenant de la psychothérapeute ne soit disponible, il est clair que le psychiatre de Danièle n'était pas en accord avec son intervention. De la même façon, dans le cas de Caroline, les problèmes de communication et de concertation étaient apparus plus clairement dans les situations où le psychiatre était en désaccord avec les initiatives d'intervenants qui allaient à l'encontre de ses orientations: par exemple, les interventions de la DPJ. Ces observations suggèrent (H) *que le degré d'accord entre les soignants influence les communications et la concertation entre eux.*

On retrouve, par ailleurs, dans les deux cas, deux exceptions à l'hypothèse précédente. D'une part, il

y a le psychiatre de Danièle qui ne soutient plus l'intervention de l'ergothérapeute portant sur le rôle maternel lorsqu'il y attribue des risques d'aggravation de l'état de la patiente. Puis, dans la situation où les soignants de l'Unité mère-enfant avaient à se prononcer sur la capacité de Caroline et de son conjoint à s'occuper de leur nourrisson à la maison, le psychiatre n'a pas hésité à s'impliquer pour s'opposer à la démarche entreprise d'évaluation des capacités parentales du couple et de recommander le congé de la patiente avec le bébé. Dans ces deux situations, les psychiatres ont pu, dans un contexte d'autorité légitime, user de leur capacité d'influence pour faire respecter leurs orientations. Ainsi, (H) *la possibilité d'exercer une influence sur les autres soignants ou intervenants peut être un facteur favorisant la communication et la concertation interprofessionnelles.*

En résumé, le cas de Danièle montre que la concertation interprofessionnelle est possible, indépendamment que les intervenants en présence proviennent ou non de la même discipline ou spécialité ou du même établissement. Les différences dans les définitions de rôles professionnels et dans les normes par lesquelles ces rôles sont régis ainsi que les aspects liés à la spécialisation n'ont pas influencé négativement les communications et la concertation interprofessionnelles. Ces observations ne permettent pas de soutenir les hypothèses suivantes formulées au chapitre relatant l'histoire de Caroline (p. 130) (H) *que la carence des communications interprofessionnelles du milieu hospitalier est liée, du moins en partie, à la division du travail.* (H) *que cette division du travail est reliée à la spécialisation des tâches et aux normes qui régissent les interactions et les attentes de rôle dans ce milieu,* et (p. 98) que (H) *les communications interprofessionnelles sont déterminées par les définitions des rôles professionnels et les obligations des différents agents.* D'autres facteurs, émergeant du cas de Danièle mais retrouvés aussi dans le cas de Caroline, ont pu influencer les communications et la concertation interprofessionnelles. D'où l'hypothèse (H) *que le niveau d'ouverture des soignants, leur niveau de connaissance quant à leurs rôles respectifs, leur degré d'accord dans leurs opinions ou orientations et la possibilité pour eux d'exercer une influence pour faire respecter leurs orientations influencent la qualité et la fréquence de leurs communications et la concertation entre eux de même que la coordination de leurs interventions.*

Les conclusions ci-dessus n'excluent pas que, dans le cas de Danièle, le niveau élevé d'investissement des soignants tout au long de leurs interventions ait aussi pu favoriser des communications plus fréquentes et une meilleure concertation entre eux. En dépit d'un niveau plus élevé de communication et de concertation, l'on ne peut pas affirmer, par ailleurs, étant donné l'issue de cette histoire, que les interventions aient été plus efficaces. Cela permet de remettre en question la proposition formulée (p.130) au cours de l'analyse portant sur le cas de Caroline qui établissait une relation entre la carence en communication, l'absence de mécanismes efficaces de coordination et la réduction de l'efficacité des soins. En conséquence, selon le cas de Danièle, l'efficacité des soins ne relèverait pas essentiellement du niveau d'investissement ainsi que du niveau de communication et de concertation interprofessionnelles.



Le niveau plus élevé de communication et de concertation interprofessionnelles a pu, par ailleurs, permettre d'éviter l'élaboration de conflits entre les soignants. Alors que les réactions de Danièle et de certains membres de sa famille aient été parfois difficiles et, en dépit du fait que le psychiatre ait été confronté à quelques reprises à des avis différents du sien quant à l'orientation à suivre, on ne note pas de conflit entre les soignants. Il est plausible de penser que (H) *l'absence de conflit entre les soignants ait été facilitée par le niveau élevé de communication et de concertation entre eux*. Car les comportements problématiques de la patiente, son agressivité fréquemment dirigée vers les soignants et les mécanismes de clivage mis en action à leur égard étaient tous des éléments propices au développement de conflits interprofessionnels.

## **5.12 CONCLUSION DU CAS DE DANIÈLE**

En conclusion, l'histoire de Danièle a permis de clarifier certaines des observations obtenues du cas de Caroline et, ainsi, de confirmer ou de remettre en question certaines propositions qui y avaient été formulées et d'en élaborer de nouvelles. Cette dernière section présente ces propositions pour chacun des ensembles de variables déjà identifiées lors de l'analyse du cas précédent soit les variables associées au rôle maternel et au milieu familial et les variables associées aux soignants et aux organisations.

### **5.12.1 Variables associées au rôle maternel et au milieu familial**

#### **5.12.1.1 L'interaction entre le conflit de rôle maternel, le conflit conjugal et le conflit familial: vers l'isolement**

Le cas de Danièle fournit des explications relatives à ce que peut ressentir une mère aux prises avec des problèmes mentaux à l'égard de son rôle maternel, données que nous ne retrouvons pas de façon aussi tangible dans l'histoire de Caroline. Il est plausible de penser que les observations du cas de Danièle puissent s'appliquer au cas de Caroline, qui, bien que non exprimés aussi clairement, vivait aussi de son côté des sentiments dysphoriques à l'égard de son rôle maternel. L'histoire de Danièle illustre aussi le processus de développement des conflits familiaux, induits par les conséquences du trouble mental de la patiente, dans une famille possédant un niveau de ressources relativement élevé.

Avec la naissance de son enfant, Danièle développa un sentiment d'incompétence dans son rôle maternel. Son histoire et certaines données obtenues lors de séances en ergothérapie ont mis en évidence ses attentes élevées à l'égard d'elle-même. En conséquence, le sentiment d'incompétence qui s'est installé depuis la naissance de l'enfant et le développement d'un concept négatif de soi ont pu contribuer à l'aggravation de son problème de santé mentale. En d'autres termes, non seulement

n'a-t-elle pu répondre aux attentes de rôle maternel de son entourage, mais elle n'a pu répondre à ses propres attentes de rôle qui pouvaient, étant donné ses schémas d'exigences élevées et d'imperfection, être encore plus exigeantes. Danièle éprouvait, de plus, un sentiment d'abandon relié au fait que son conjoint ainsi que sa mère s'occupaient de l'enfant et qu'elle devait partager leur attention avec cette enfant. L'enfant devint donc une rivale pour sa mère. Outre les problèmes au plan de la dynamique familiale, il est plausible de penser, en s'appuyant sur l'histoire personnelle de la patiente, (H) *que la naissance de l'enfant a pu constituer un rappel de l'abandon, qu'elle avait perçu, dès son enfance, de la part de ses parents, et un rappel de la rivalité ressentie à l'égard de sa soeur*. Cette proposition rappelle l'apport déséquilibrant d'une nouvelle maternité chez une mère qui présente une fragilité au plan de sa santé mentale, noté dans la littérature, notamment parce qu'elle peut raviver des conflits antérieurs.

Dans le cas de Danièle, la famille fut très présente et mobilisée, notamment, pour se substituer à la patiente dans ses tâches maternelles. Lorsque l'on examine ses attentes à l'égard de sa famille, il apparaît qu'elle ressentait toujours le besoin d'obtenir de l'attention, voire d'être "maternée", particulièrement, par son conjoint et sa mère. Les données montrent que, même avant la naissance de l'enfant, ces derniers jouaient un rôle de soutien auprès de la patiente et qu'ils répondaient ainsi à ses attentes, sans imposer leurs limites. Si l'on se réfère à la théorie des rôles, (H) *la naissance de l'enfant a pu provoquer un réaménagement des rôles familiaux et, dans ce cas-ci, un conflit de rôles lesquels auraient contribué au trouble mental de la patiente*. Cette hypothèse a aussi été soulevée par le psychiatre de la patiente: "... se sent bien quand entourée mais angoissée ++ dès qu'elle se trouve seule avec elle-même... demande affective ++, être remplie, comblée alors qu'elle vivait seule avec son mari mais déstabilisée depuis changement de rôles entraînés par la naissance de sa fille..." (Dossier médical, psychiatre traitant, URG, 07.07.90).

Dans un tel contexte, les comportements des membres de la famille qui devaient assumer les responsabilités de Danièle, comportements perçus par cette dernière comme des attentes de rôles auxquelles elle ne pouvait répondre, ont induit chez elle la perception ou la crainte d'être abandonnée si elle ne répondait pas à ces attentes. D'où l'expression de sentiments dysphoriques et de comportements problématiques à l'égard des membres de sa famille en dépit de leur attitude générale de soutien. Toutefois, des attitudes critiques et blâmantes de leur part sont aussi mentionnées, ce qui peut expliquer, en partie, le maintien des perceptions de la patiente. Le développement et l'aggravation d'un trouble mental chez elle, son incapacité persistante à assumer son rôle maternel ainsi que les conflits familiaux qui en ont découlé l'ont, ainsi, conduit à son retrait du rôle maternel et, ensuite, à son éloignement du milieu familial. En dépit des multiples interventions thérapeutiques visant la remise en question des perceptions de Danièle et de son autocritique, ses perceptions et sentiments dysfonctionnels à l'égard d'elle-même et de sa famille se sont maintenus. D'où l'émergence d'une bonne partie de ses états de crise et de déséquilibre. En somme, (H) *le réaménagement des rôles intra-*

*et inter-personnels et le conflit de rôles qui s'ensuivit—que ce soit pour la patiente elle-même ou pour les membres de sa famille— ont pu constituer d'autres facteurs qui ont contribué au déséquilibre émotif chez cette mère, qui avait déjà une fragilité au plan de sa santé mentale, et à la persistance de son incapacité à assumer ses rôles, lesquels (déséquilibre et incapacité) ont, à leur tour, conduit à des conflits familiaux.*

Danièle ne semblait pas reconnaître l'aide obtenue de sa famille et elle en demandait toujours plus. Cela suggère que le maintien de la dysfonction et du conflit familial a fait en sorte qu'elle s'est distancée de ses responsabilités maternelles et familiales et qu'il a permis, du même coup, l'établissement d'une distance tolérable entre elle et sa famille immédiate (mari et enfant). En d'autres termes, (H) *l'incapacité de la patiente à exercer ses rôles familiaux et le conflit familial ont pu contribuer à établir la distance nécessaire à son équilibre.* Comme pour Caroline, l'hôpital est devenu le refuge et le substitut familial où il a été possible pour Danièle de fuir, dans une certaine limite, ses responsabilités. Ainsi, la proposition élaborée dans le cas de Caroline (p. 111), que (H) *l'hôpital peut être vu comme un refuge qui lui permet tout simplement de se distancer du stress que représentent les responsabilités maternelles et familiales,* peut être maintenue dans le cas présent.

À l'instar de du cas Caroline, il s'est produit un mouvement de distanciation et de rapprochement entre Danièle et sa famille. Comme dans ce cas, la distanciation a été initiée par la patiente elle-même en raison de son incapacité à faire face à ses responsabilités familiales. L'histoire de Danièle appuie, ainsi, la proposition formulée au chapitre relatant l'histoire de Caroline (p. 111) (H) *que cette patiente doit maintenir une certaine distance de son milieu familial pour se maintenir en équilibre, autrement dit, que son équilibre est, du moins en partie, fonction de la distance entre elle et sa famille.*

En dépit des différences importantes entre les familles de Caroline et de Danièle, les comportements et réactions de la famille de Danièle, données plus accessibles que dans le premier cas, peuvent aider à comprendre les mouvements de rapprochements imprévisibles qui se produisaient aussi entre Caroline et son premier conjoint. Toutefois, une différence importante entre le premier conjoint de Caroline et le mari de Danièle se situe dans la constance et la durée de leurs rapprochements avec leur conjointe respective. Les rapprochements, beaucoup plus brefs dans le cas du conjoint de Caroline, peuvent s'expliquer par le fait qu'il vivait depuis plus longtemps les conséquences de la pathologie de Caroline et ne pouvait plus espérer de changement, ce qui pourrait expliquer aussi son attitude moins tolérante à l'égard de la patiente. L'histoire de Danièle illustre, pour sa part, la dégradation progressive de la relation de couple qui se traduit par l'intolérance de plus en plus manifeste de son mari. Il réagit, tout d'abord, aux comportements problématiques de la patiente par une attitude de soumission puis, par une attitude d'ambivalence où il alterne entre le désir de réunion et le rejet massif, et finalement, il en arrive à une intention de séparation définitive. Les données issues des deux cas examinés jusqu'ici permettent de formuler l'hypothèse (H) *que la persistance du trouble mental chez les*

*patientes, de laquelle découle de multiples mouvements de rapprochement et d'éloignement entre elles et les membres de sa famille immédiate (conjoint et enfant), conduit à l'élaboration puis à l'aggravation de conflits conjugaux et, éventuellement au détachement des membres de la famille immédiate à l'égard des patientes.*

Il fut évoqué que le rapprochement de Caroline avec sa famille se maintenait lorsque le niveau d'exigences des membres de la famille à l'égard des responsabilités maternelles et familiales était minimal. Dans le cas de Danièle, il apparaît plus clair que le niveau d'exigences et d'attentes de la famille relève davantage de la perception de la patiente puisque sa famille semble toujours prête à aménager les conditions pour la satisfaire. Danièle réagit d'une façon différente de Caroline. Mais, tout comme Caroline, elle ne tolère pas les attentes des autres qu'elle perçoit comme des exigences trop élevées pour elle. Toutefois, au lieu de toujours se distancer de sa famille, elle peut parfois maintenir un rapprochement en devenant elle-même de plus en plus exigeante et contrôlante envers les membres de sa famille. Cette attitude lui permet ce rapprochement à la condition qu'elle puisse doser les exigences ou les attentes de sa famille. Cette situation rappelle la proposition qui avait été formulée dans le cas de Caroline (p. 122) suggérant que la distanciation de la patiente des ses rôles familiaux permet le maintien de son équilibre *“mais dans une proximité lui permettant néanmoins de maintenir des relations harmonieuses avec ses enfants et son conjoint.”* Dans le cas présent, ce n'est pas tant l'harmonie dans les relations qui importe, pour la patiente, que le besoin d'exercer un certain contrôle qui lui permet d'assumer, dans une certaine limite, ses rôles familiaux et, peut-être, un certain sentiment d'efficacité. Par exemple, pendant sa deuxième hospitalisation, Danièle exprimait ses exigences quant aux conditions de garde de sa fille. Bien que les données ne soient pas aussi manifestes, cela a pu aussi être le cas pour Caroline. En conséquence, la proposition formulée dans le cas de Caroline pourrait être modifiée comme suit: (H) *devant le fait que les rôles familiaux-conjugal et maternel-comportent des exigences auxquelles les patientes ne se sentent pas aptes à répondre, le maintien de leur équilibre exige d'elles qu'elles se distancient de ces rôles mais dans une proximité leur permettant néanmoins d'en exercer une partie, dans des limites supportables pour elles.*

En raison du développement du conflit familial, un éloignement s'est aussi produit entre Danièle et les membres de sa famille élargie. Sa mère, sa tante et sa soeur sont, par ailleurs, demeurées présentes et ont continué à s'impliquer dans son suivi. Cela avait aussi été noté dans le cas de Caroline, notamment pour la famille de son deuxième conjoint. Bien que les données à cet effet ne soient pas explicites, il est plausible de penser que (H) *la nature du lien familial et la présence de l'enfant ont contribué au maintien de la présence auprès de la patiente des membres de la famille élargie.* Cela suggère, en outre, que (H) *que la famille élargie représente un élément potentiel de stabilité et d'investissement pour la patiente et son enfant.*

En conclusion, l'analyse ci-haut appuie plusieurs propositions élaborées dans le cas de Caroline et permet d'en proposer des nouvelles concernant la relation entre le trouble mental de Danièle, son rôle maternel et ses interactions avec les membres de sa famille. Les données du cas de Danièle, relatives à la patiente elle-même et à ses interactions avec sa famille, mettent en évidence un processus de développement et d'aggravation d'un trouble mental en relation avec le rôle maternel et les problèmes d'interaction de la patiente avec sa famille en découlant. Il est possible ainsi de formuler que (H) *lorsqu'une femme présente une fragilité ou un problème de santé mentale, le rôle maternel qui comporte l'ajout de responsabilités et d'exigences élevées, contribue au développement ou à l'aggravation d'un trouble mental plus sévère, lorsque la mère se sent incapable d'assumer son rôle maternel*; et que (H) *l'incapacité d'assumer son rôle maternel a induit chez cette patiente des sentiments dysphoriques à l'égard de ce rôle et un concept négatif de soi*. Parallèlement à l'aggravation persistante de l'état de la patiente, s'est élaboré un conflit conjugal qui a conduit à l'effritement du milieu familial. Il est ainsi possible de conclure (H) *le conflit de rôle maternel et le conflit conjugal sont interreliés et s'influencent mutuellement*. Par ailleurs, à la différence des conjoints, les membres de la famille élargie ont maintenu leur présence et un certain investissement auprès de la patiente, en dépit de la persistance de ses problèmes. Cela permet d'énoncer (H) *que la famille élargie peut représenter un élément potentiel de stabilité et d'investissement pour la patiente et son enfant*. La figure suivante représenté schématiquement les propositions issues de l'analyse ci-haut. Elle rejoint, pour certaines des variables, la Figure 4 représentant le processus ayant mené Caroline à abandonner son rôle maternel. Toutefois, dans la Figure 13, certaines variables et leurs relations y sont précisées.

## 5.12.2 Variables associées aux soignants et aux intervenants

### 5.12.2.1 Perceptions et investissement des soignants: un exemple d'investissement de niveau élevé

Danièle a reproduit les mêmes types de relations avec les soignants qu'avec sa famille. Dans un premier temps, elle montrait toujours un grand intérêt et un désir d'investissement à l'égard des interventions qui lui étaient proposées. Elle faisait alors preuve de motivation et s'impliquait activement dans son traitement. Puis, son investissement diminuait rapidement et de façon imprévisible lorsque les interventions comportaient des exigences auxquelles elle se sentait incapable de répondre. Cette tendance à fuir les interventions comportant trop d'exigences avait été évoquée dans le cas de Caroline dans la proposition suivante (p. 111) (H) *lorsque les interventions comportent un certain degré d'exigence ou de remise en question, la patiente ne peut poursuivre son implication. Il s'ensuit un éloignement du système d'intervention et une détérioration subséquente de son état*.

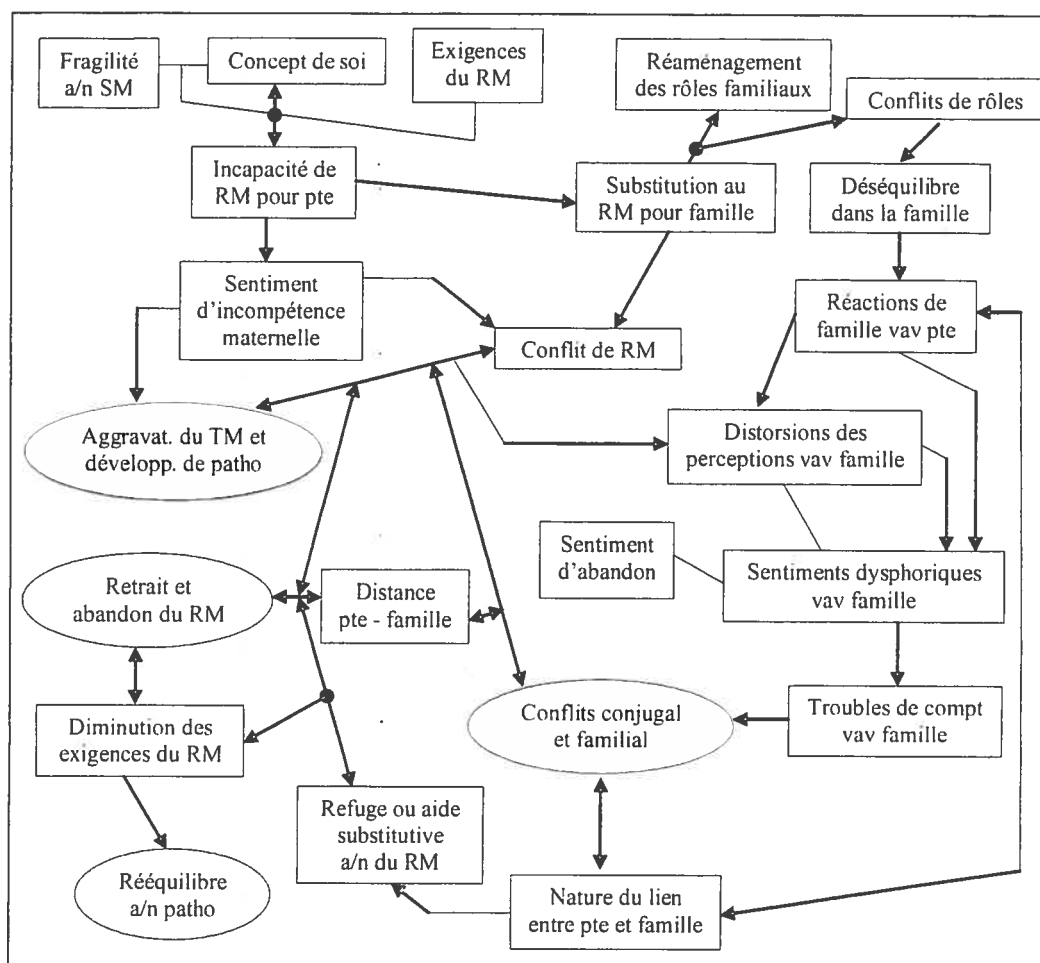


Figure 13: Relations ente les exigences de rôle maternel, la pathologie de Danièle, ses interactions avec sa famille et le retrait ou l'abandon de son rôle maternel

À l'inverse du cas de Caroline, les soignants firent preuve d'un investissement important auprès de Danièle et de sa famille et ce, en dépit de l'absence d'évolution favorable de l'état de la patiente et en dépit de ses attitudes d'abandon envers les interventions. Vers la fin du suivi de Danièle, le psychiatre traitant modifia son orientation du traitement, sans pour autant diminuer son investissement, ce qui se traduisit, principalement, par une diminution dans le nombre et la durée des hospitalisations. Ce changement s'explique par la modification de sa vision de la pathologie de la patiente, vision qui déjà avait été proposée par plusieurs autres psychiatres qui ont eu à intervenir auprès d'elle. Pendant une grande partie du suivi, le psychiatre traitant accordait une grande importance aux dimensions dépressive et physique de la pathologie de la patiente. Cela a donné lieu à la recherche incessante d'une médication efficace et à la prolongation de certaines hospitalisations. Le psychiatre s'est ainsi

retrouvé fréquemment en situation d'impasse. Cette vision médicale pouvait, néanmoins, permettre un espoir de changement. S'il s'était en effet avéré que les problèmes dépressifs et physiques aient été les problèmes dominants du tableau de la patiente, il aurait été possible de les résoudre ou de les contrôler par un traitement pharmacologique et d'obtenir, ainsi, des résultats positifs. Cette vision médicale permettait en quelque sorte de maintenir chez le psychiatre la perception d'un potentiel d'efficacité de ses interventions et, en conséquence, un niveau élevé d'investissement. D'autres facteurs relevant de la patiente ont pu contribuer à la perception chez les soignants d'un potentiel élevé d'efficacité de leurs interventions dont sa motivation importante, manifestée au départ, à l'égard de leurs interventions et sa capacité d'identifier et d'exprimer ses difficultés et ses besoins. Cela s'ajoutant à son fonctionnement antérieur sans problème majeur. Ces observations suggèrent les propositions suivantes: (H) *la perception chez les soignants d'un potentiel élevé d'efficacité de leurs interventions, induit par des manifestations de la part de la patiente d'intérêt à l'égard des interventions proposées—ce qui, pour les soignants, pourrait correspondre à des réponses satisfaisantes au traitement proposé—contribue à maintenir un niveau élevé d'investissement thérapeutique;* (H) *la perspective d'une solution viable—en l'occurrence, le recours possible à un traitement pharmacologique—soutient chez les soignants leur perception d'efficacité de leurs interventions et un niveau élevé d'investissement.*

Des propositions, mettant en relation les perceptions des soignants de l'état et des comportements de la patiente et leur niveau d'investissement, avaient aussi été formulées dans le cas de Caroline. Celle énonçant, (p. 96) (H) *les réactions insatisfaisantes de la patiente aux traitement proposé, lorsqu'elles se produisent d'une façon répétitive, induisent soit une réduction de l'investissement des soignants, sa non-augmentation ou le désinvestissement des soignants, d'où de fréquentes réorientations des interventions,* n'est pas maintenue avec le cas de Danièle. Les données du présent cas ne permettent pas, par ailleurs, de rejeter les suivantes (p. 96): (H) *lorsque la patiente formule une demande ou un besoin et qu'elle montre une motivation en ce sens, les soignants orientent leurs interventions pour répondre à cette demande;* (H) *l'investissement des soignants serait associé à l'investissement de la patiente.*

Il y eut, de la part des soignants de Danièle en comparaison avec ceux de Caroline, plus de comportements conciliants et attentifs à l'égard de la patiente. Ces attitudes conciliantes, relevant en bonne partie du fait que les soignants percevaient un degré élevé de souffrance et de besoin chez Danièle, ont permis à cette dernière d'exercer un certain contrôle sur son traitement et de maintenir la distance qui lui était nécessaire pour éviter les angoisses reliées aux responsabilités familiales. Danièle a aussi réagi favorablement à l'attitude plus directive du premier psychiatre remplaçant dont l'objet était de limiter le contact avec l'enfant. Cette tendance avait été observée chez Caroline, quoique que moins clairement. Caroline avait tendance à se positionner dans un rapport de lutte lorsque les soignants étaient directifs avec elle. Les attitudes conciliantes des soignants n'ont pas

empêché Danièle de réagir négativement à certaines de leurs interventions, lorsqu'elle y percevait des exigences ou attentes qu'elle se sentait incapable de remplir ou lorsque l'intervention ne donnait pas le résultat attendu. Elle avait alors tendance à interpréter les propos des soignants soit comme une forme d'autorité abusive—par exemple, lorsque la travailleuse sociale appuie l'idée de la mère de la patiente de placer temporairement l'enfant—ou comme du rejet et de l'abandon.

Dès les premières phases du suivi psychiatrique de Danièle, les perceptions des différents psychiatres, qui sont intervenus auprès d'elle, quant à sa pathologie et au traitement à suivre étaient différentes. Cela a permis d'observer des différences au plan de la compréhension des demandes de la patiente et de l'attitude à adopter dont la directivité. À quelques reprises, le psychiatre traitant a dû réviser le diagnostic et ses orientations de traitement, sans obtenir plus de succès, ce qui l'a amené à consulter des collègues. Il a eu recours, de plus, à d'autres services professionnels—service social, ergothérapie, médecine interne, ressource d'hébergement—pour traiter l'ensemble des problèmes de la patiente. Cette attitude était très différente de celle du psychiatre de Caroline sur plusieurs plans dont le degré et la constance de l'investissement et des interventions thérapeutiques, le degré d'empathie et de préoccupation à l'égard de la patiente et le degré de collaboration avec les autres soignants. En dépit de ces différences dans l'attitude des soignants, il n'y eut pas de différences au plan de l'efficacité des interventions. Les données tendent à montrer qu'une attitude de directivité bienveillante aurait pu être bénéfique pour les deux patientes. Toutefois, les données ne sont pas suffisantes, jusqu'ici, pour en assurer la vérification. Cette analyse portant sur la relation entre les perceptions et l'investissement des soignants de même que le rapport entre le niveau de leur directivité et l'amélioration de la condition de la patiente ont conduit à une série de propositions, présentées ci-haut, et représentées dans les Figures 14 et 15.

#### 5.12.2.2 Interventions familiales: la famille vue comme une ressource

Les interventions familiales, bien que plus nombreuses que dans le cas de Caroline, visaient, comme pour Caroline, à les soutenir dans leur rôle de ressource plutôt que de les soutenir dans leurs difficultés à l'égard du dysfonctionnement de la patiente et de les aider à réaménager leurs attitudes à son égard. Il était difficile pour les membres de cette famille de ne pas répondre aux besoins massifs de la patiente et leur tolérance à ses comportements parfois abusifs était très grande. Comme les soignants, ils ont été continuellement confrontés à l'impuissance et à l'échec. Durant la première année du suivi de Danièle, les membres de la famille se sont impliqués et ont répondu favorablement aux interventions proposées par les soignants. Cela est devenu plus difficile par la suite avec le conjoint, une fois la séparation confirmée, et avec la soeur de la patiente qui réagissait d'une façon émotive aux crises de la patiente. Les soignants ont manifesté à l'égard des membres de la famille des attentes de rôle qui les ont placés en conflit de rôles par rapport à la patiente, notamment dans la situation où il leur fut



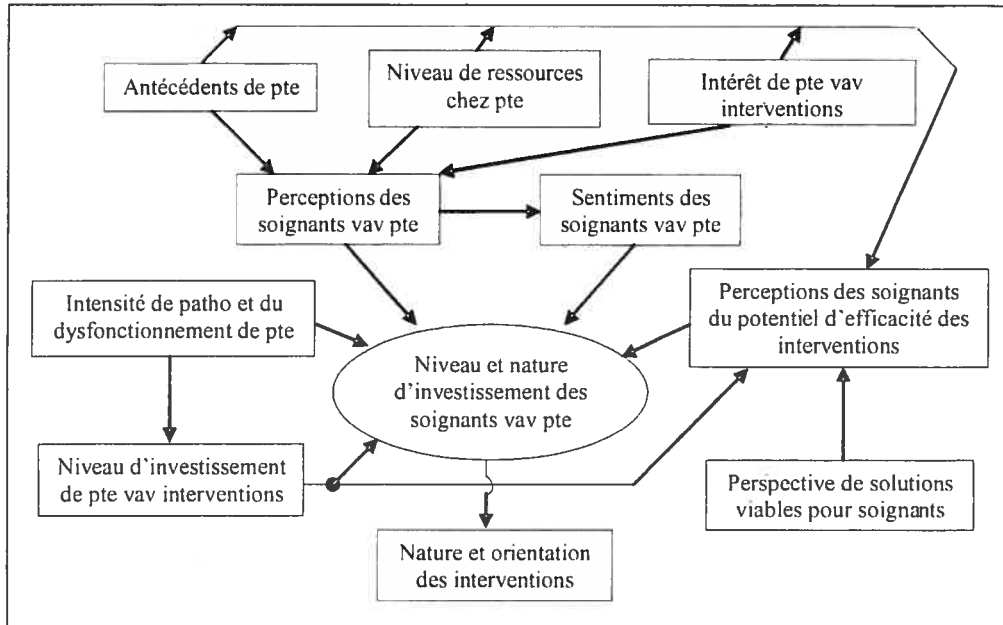


Figure 14: Variables associées à l'investissement des soignants de Danièle et à l'orientation de leurs interventions

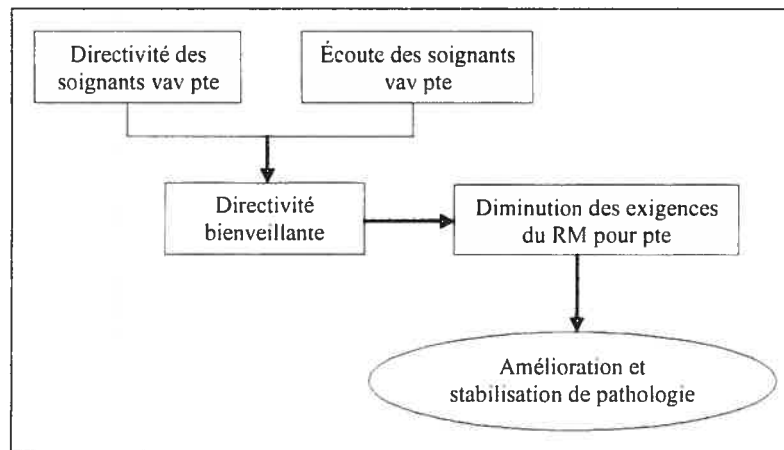


Figure 15: Conditions associées à la directivité des soignants pouvant mener à l'amélioration de la psychopathologie des mères

demandé d'obtenir une ordonnance de cour pour la faire hospitaliser contre son gré. Comme dans le cas de Caroline, la patiente fut considérée comme le système principal à traiter autour duquel le système familial devait graviter. Il apparaît, ainsi, que le système-patiente a été priorisé par rapport au système familial, dont la prise en compte par les soignants était fonction davantage de son rôle utilitaire. Cette analyse suggère que (H) *l'intervention auprès de la famille de Danièle vise à encourager son rôle utilitaire de ressource* et que (H) *l'attribution de ce rôle par les soignants—pour de fins de soutien à leurs interventions—augmente le risque de conflit de rôle pour les membres de la famille*. Ces propositions sont illustrées à la Figure 16. Cette analyse n'infirme pas, par ailleurs, cette proposition formulée au chapitre portant sur le cas de Caroline (p. 117) que (H) *le fait de limiter l'intervention à la patiente et de ne pas prendre en compte le système familial peut relever de paramètres tels la formation des soignants et l'approche de spécialisation qui prévaut dans les milieux hospitaliers*.

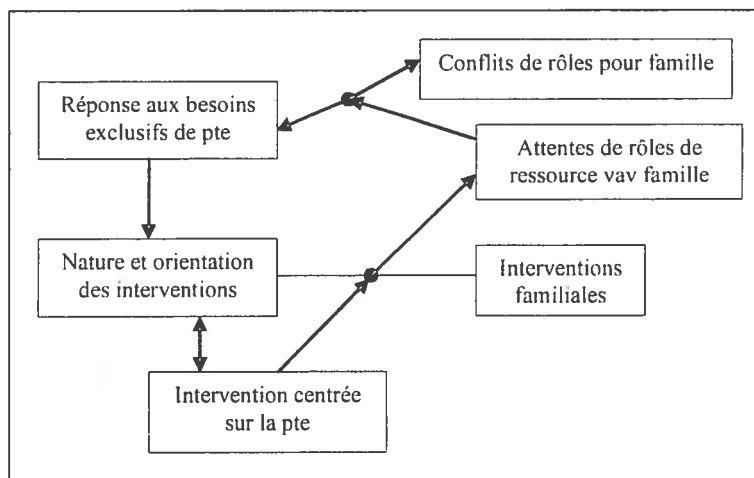


Figure 16: Impact d'une approche centrée sur la mère pour les interventions auprès de la famille

### 5.12.2.3 Interventions mère-enfant: une entreprise difficile

Les interventions mère-enfant avaient été mises en place à la demande de la patiente qui voulait alors se rapprocher de son enfant et des soignants qui, de leur côté, souhaitaient qu'elle puisse réintégrer son rôle maternel. De nombreuses difficultés se sont présentées lors de leur implantation. Plusieurs obstacles étaient reliés au cadre d'un milieu hospitalier traditionnel d'autant plus que ce type d'intervention n'était pas établi dans ce milieu. Toutefois, la difficulté de la patiente à maintenir un investissement dans ces interventions, trop confrontantes pour elle, a été le principal facteur

d'achoppement de ces interventions. Par la suite, constatant que les interventions mère-enfant encourageaient, chez la patiente, son sentiment de rivalité envers sa fille et craignant que ces interventions n'aggravent l'état de la patiente, le psychiatre recommanda de modifier puis de cesser ce type d'intervention. Outre les propositions déjà formulées (p.219) quant à la priorité des besoins et exigences du système de soins au détriment de ceux de la patiente et de sa famille, ces observations appuient celles formulées pour le cas de Caroline (p. 117): (H) *que l'intégration d'interventions visant la famille -dont les enfants- dans le plan d'intervention élaboré pour la patiente contribuerait à la complexité des interventions et provoquerait le risque de compromettre l'alliance thérapeutique avec la patiente;* (H) *ce risque de compromettre l'alliance thérapeutique fait en sorte que les interventions des soignants sont dirigées principalement vers la patiente et exceptionnellement seulement vers sa famille.* La figure suivante représente les principaux facteurs qui ont influencé la mise en place mais aussi l'échec de telles interventions.

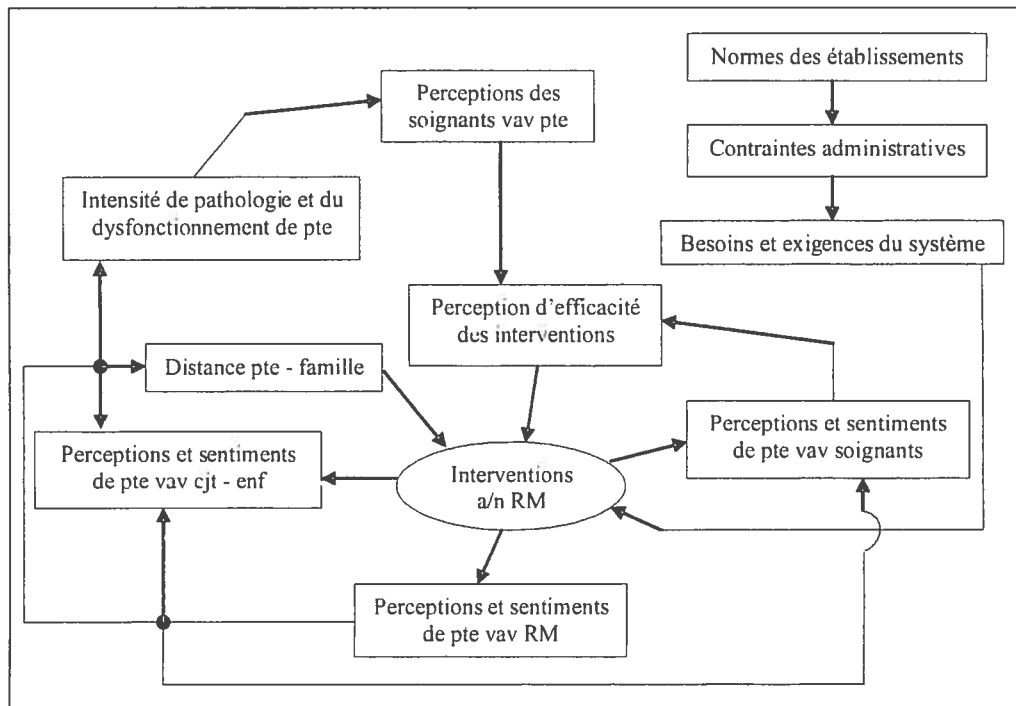


Figure 17: Facteurs associés à l'implantation et à l'abolition d'interventions au niveau du rôle maternel

### 5.12.3 Variables associées aux organisations

#### 5.12.3.1 Communications, concertation et coordination : une question d'ouverture plus que d'organisation

De façon générale, les communications et la concertation interprofessionnelles étaient plus fréquentes et variées que dans le cas de Caroline. Le psychiatre traitant a fait preuve d'ouverture à l'égard des avis et interventions des autres soignants, à l'exception de l'intervention, jugée trop introspective, de la psychothérapeute en bureau privé. Ces différences par rapport au cas de Caroline ont permis d'infirmier plusieurs des propositions qui y avaient été élaborées, illustrées à la figure 9. Notamment, que la provenance des intervenants, leur formation et leurs rôles professionnels ainsi que les normes et la structure de fonctionnement fondées sur la spécialisation ne sont pas tant des facteurs pouvant limiter les communications et la concertation interprofessionnelles. D'autres facteurs, retrouvés dans les deux cas examinés jusqu'ici, ont conduit à l'élaboration de cette proposition (p. 222) que (H) *le niveau d'ouverture des soignants, leur niveau de connaissance quant à leurs rôles respectifs, leur degré d'accord dans leurs opinions ou orientations et la possibilité pour eux d'exercer une influence pour faire respecter leurs orientations influencent la qualité et la fréquence de leurs communications et la concertation entre eux de même que la coordination des interventions.*

En terminant, le cas de Danièle comporte plusieurs différences avec le cas de Caroline notamment au plan des ressources disponibles et du soutien familial et au plan de l'investissement des soignants. Il n'en reste pas moins que l'histoire de Danièle se termine de façon dramatique en dépit de tout l'investissement qui fut mis en place en vue de son traitement. Le cas de Danièle a mis en lumière l'impact du rôle maternel chez une mère qui, au départ, ne présentait pas de pathologie franche mais plutôt une fragilité au plan de sa santé mentale. Comme Caroline, elle a reproduit les mécanismes de rapprochement et d'éloignement entre elle et sa famille et fut confrontée à l'effritement de sa vie conjugale et familiale. Au plan des interventions, ce cas illustre plusieurs difficultés en dépit d'un niveau élevé d'investissement. Il confirme, en outre, le fait que l'on priorise les problèmes de la patiente aux dépens des problèmes auxquels les membres de la famille, dont font partie les enfants, sont exposés. En dépit, d'un investissement beaucoup plus important auprès de la famille de Danièle, les interventions se sont centrées sur le rôle de ressource que cette famille avait toujours assumé auprès de la patiente. Cela nous amène au troisième cas, celui de Florence.

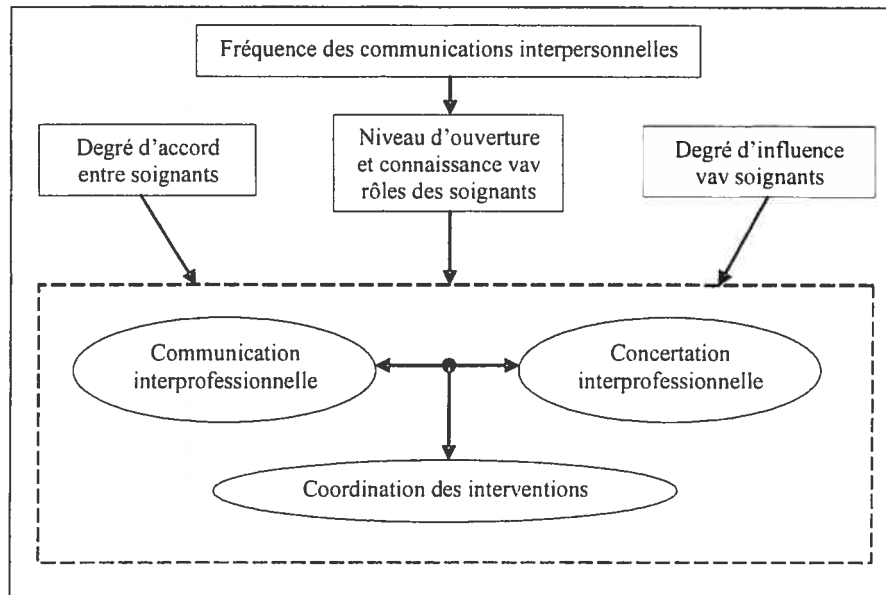


Figure 18: Facteurs-revisités suite à l'analyse du cas de Danièle- pouvant influencer la communication et la concertation interprofessionnelles et la coordination des interventions

## Chapitre 6

Réintégration du rôle maternel: le cas de Florence

Ce chapitre présente le cas de Florence. Son histoire se déroule sur cinq ans durant lesquels la patiente fut hospitalisée à cinq reprises. Entre ses hospitalisations, elle a été suivie en clinique externe par son psychiatre et divers autres professionnels. Sa famille (conjoint et parents) a aussi été suivie. En dépit de la sévérité de son trouble mental, Florence évolua favorablement au point où elle reprit, non sans de multiples efforts, son rôle maternel.

Ce chapitre présente tout d'abord un sommaire de l'histoire personnelle et familiale de Florence puis son histoire psychiatrique. Comme pour le cas de Danièle, l'histoire psychiatrique de Florence n'est pas présentée dans tous ses détails. De même, l'analyse suit une structure similaire à celle du chapitre relatant l'histoire de Danièle. Les éléments de l'histoire de Florence—sélectionnés selon une stratégie d'échantillonnage théorique—illustrent comme dans les deux premiers cas i) l'impact du trouble mental de la patiente—qui, dans ce cas, ne peut être associé directement au rôle maternel—sur ses capacités à assumer son rôle maternel et sur ses interactions avec sa famille ainsi que ii) les attitudes des soignants à l'égard de la patiente et des membres de sa famille, attitudes qui se démarquent, dans le cas présent, par un niveau élevé de directivité. Les interventions familiales, les interventions s'adressant au rôle maternel et les relations interprofessionnelles sont aussi examinées. Ces thèmes guident la présentation et l'analyse de l'histoire psychiatrique de Florence. Ce cas contribue, à son tour, à l'explicitation de certains phénomènes évoqués au cours des chapitres précédents et au processus d'élaboration de propositions explicatives du problème à l'étude. Le cas de Florence se distingue des deux autres cas, notamment, par le fait que la patiente a pu demeurer dans sa famille et réintégrer son rôle maternel ainsi que par les comportements et réactions de la famille et des soignants.

### **L'HISTOIRE ANTÉRIEURE DE FLORENCE**

À sa première admission en psychiatrie, Florence est âgée de trente ans et est mère d'un garçon âgé de trois ans et d'une fille âgée de dix mois. Elle vit depuis sept ans avec son conjoint qu'elle connaît depuis l'âge de seize ans. Le couple est propriétaire de la maison où la patiente a passé son enfance. C'est le père de cette dernière qui l'avait construite.

Florence a un frère de trois ans son aîné. Ses parents retraités vivent ensemble et sont à l'aise financièrement. Pour tout antécédent de troubles de santé mentale dans la famille, sa mère a souffert d'un épisode de dépression et son frère a présenté des problèmes d'alcoolisme maintenant sous contrôle.

Selon sa famille, la patiente a été une enfant modèle. Toutefois, ses parents et son conjoint s'entendent sur le fait que "plusieurs manies de madame [Florence] datent de son adolescence. Elle aurait toujours agi avec une grande émotivité et une grande obsession" (Dossier médical, TS, 30.05.91). Selon son frère, Florence aurait été la préférée de leur père. Elle aurait intégré les valeurs de son père qui aurait des croyances de type ésotérique: "il croit aux révélations cosmiques" (Dossier médical, TS, 30.05.91). Ce dernier aurait été peu présent à la maison durant l'enfance de la patiente. Le couple parental aurait toujours eu des problèmes conjugaux; le père aurait dominé la mère qui aurait une "personnalité faible" et serait "très nerveuse" (Dossier médical, TS, 30.05.91). De l'avis de la travailleuse sociale qui a rencontré les parents de Florence à plusieurs reprises lors d'entrevues familiales, la mère de Florence semble craindre son mari et elle ne s'oppose jamais à lui. Le conjoint de Florence, quant à lui, rapporte que le milieu familial, où elle a grandi, était hautement émotif:

On aurait toujours parlé haut et fort chez les ... nous dit le conjoint de [Florence]. Très haut niveau d'expression émotive dans cette famille avec violence verbale, psychologique et physique (père aurait battu le fils) nous a dit le frère de madame [Florence]. (Dossier médical, TS, 30.05.91)

Florence se décrit comme ayant été une enfant qui a toujours été dépendante de ses parents. Elle mobilisait leur attention en offrant de la résistance, le matin, pour se lever et s'habiller. En conséquence, la mère habillait elle-même sa fille, même à l'âge scolaire. Florence explique ce besoin qu'elle a toujours eu qu'on la stimule ou qu'on la pousse:

... J'ai toujours eu besoin de me faire pousser dans le dos. J'm'appelle quand j'avais une amie, j'lui disais: "viens donc faire un tour à la maison". Là, comme elle venait à la maison, ça m'donnait un "boost"... Il a toujours fallu que mon père me pousse dans le dos... j'ai toujours aimé que les hommes me poussent dans le dos ...

J'pense que c'est plus facile... j'manque de motivation, alors c'est plus facile à faire quand j'm'fait pousser dans l'dos... c'est plus facile car la poussée t'avance... j'étais allée dans une fin de semaine intensive où on travaillait sur les émotions... puis il [thérapeute] avait pris l'image de mon père puis il m'avait poussé dans l'dos... puis il m'a dit: "comment on se sent?"... moi j'ai dit: "j'aime ça me faire pousser dans le dos... c'est plus facile d'avancer..."... Moi j'aime ça me faire pousser dans le dos... tu sais quelqu'un me pousserait dans le dos, qui m'appuierait entre les omoplates, j'aimerais ça... ça s'rait encore plus facile... (Extrait d'entrevue, avec Florence, ERG., déc. 95)

Selon son conjoint, Florence aurait éprouvé certaines difficultés dans ses études au niveau secondaire et collégial. Mais, elle aurait su s'entourer des personnes ressources nécessaires, dont le conjoint, pour réussir. Toutefois, la patiente a bien réussi ses études universitaires, y compris celles au niveau de la maîtrise, et ce, sans aide extérieure.

Florence s'était dirigée en nursing avec l'objectif "de sauver le monde, de guérir les autres et de se faire aimer" (Dossier médical, TS, 30.05.91). Après avoir travaillé environ cinq ans comme infirmière et



occupé parallèlement des fonctions de superviseure de stages cliniques, au niveau universitaire, Florence a pris congé de ces emplois lors de sa première grossesse. Suite à la naissance de son premier enfant, elle a entrepris ses études à la maîtrise qu'elle a complétées en 2 ans. Cette fin d'étude coïncidait avec la naissance de son deuxième enfant. Six mois plus tard, elle retourne au travail cette fois en obstétrique "pour prolonger son expérience de maternité" (Dossier médical, TS, 30.05.91). Cela l'oblige à un stage de recyclage. Son travail de supervision à l'université demeurant très investi—Florence rêve même, à certains moments, de "devenir la rectrice de l'université"—elle prévoit reprendre ses fonctions de superviseure de stages lorsque son deuxième enfant aura un an.

Le conjoint de Florence a une formation en informatique et une maîtrise en administration. Longtemps travailleur autonome à domicile, il a été très présent au cours des grossesses et des périodes post-partum de la patiente. Il assumait aussi son rôle parental auprès des enfants avec beaucoup de présence. Florence et son conjoint avaient tous deux une vision idéaliste de la parentalité. Au cours des grossesses et des périodes post-partum, ils adhéraient, en effet, à des philosophies de type naturaliste que ce soit pour l'éducation des enfants, l'alimentation ou les habitudes de vie. Florence adhérait à ces principes d'une façon rigide et obsessionnelle.

Avant la naissance des enfants, selon Florence, les deux conjoints menaient une vie très active aux plans des loisirs et des sports où la performance était, pour eux, une valeur importante. De l'avis de la travailleuse sociale, le conjoint était un "bohème" pour qui le travail n'était pas une préoccupation. C'est davantage Florence qui se préoccupait de trouver des ressources financières. C'est avec l'évolution défavorable de l'état psychiatrique de Florence que le conjoint changera d'attitude et décidera de subvenir lui-même aux besoins de la famille.

## **PARTIE I : L'HISTOIRE PSYCHIATRIQUE DE FLORENCE**

### **6.0 L'émergence du trouble mental**

Les problèmes psychiatriques de Florence débutent au cours de son stage en obstétrique, alors qu'elle se prépare à retourner au travail. Florence y subit deux échecs consécutifs, "les premiers de sa vie", soit deux évaluations négatives de la part de ses superviseurs. Elle développe ainsi des rapports conflictuels avec eux. Cette situation déclenche son premier épisode psychotique et la conduit à sa première hospitalisation. Cette décompensation se traduit, dans le milieu de stage, par un comportement interprétatif et désinhibé à l'égard de ses superviseurs. Florence accepte difficilement son rôle de stagiaire, qu'elle perçoit comme un rôle de subalterne. Elle reçoit donc une évaluation négative pour l'ensemble de ses interactions professionnelles.

En dépit de plusieurs tentatives, Florence ne réussira pas à réintégrer le milieu du travail. Après sa première hospitalisation, elle fait une première tentative. Mais en raison du caractère récent de sa maladie, elle ne parvient pas à reprendre ses fonctions de superviseuse de stages. Six mois plus tard, elle obtient un emploi à titre de coordonnatrice de nuit à temps partiel dans un centre d'accueil pour personnes âgées. Cette expérience ne dure qu'un mois en raison de son incapacité à rencontrer à la fois les exigences professionnelles et familiales et en raison des problèmes de sommeil occasionnés par l'horaire de nuit. Au cours de cette expérience, Florence est confrontée à un nouvel échec et à une image décevante d'elle-même tant dans son rôle maternel que professionnel. Cette confrontation est d'autant plus difficile pour la patiente, qu'elle se perçoit comme pouvant et devant tout réussir. Après quelques années de traitement, Florence réussira à développer une perception de soi un peu plus positive comme mère mais, elle continuera à se percevoir comme incapable de reprendre son rôle professionnel.

Au cours de la maladie de Florence, le conjoint se voit dans l'obligation de trouver un emploi à plein temps, à l'extérieur de la maison. Sous prétexte que cet emploi exige de nombreuses heures de travail supplémentaire, il s'absente de plus en plus. Ce qui oblige la patiente à assumer son rôle maternel seule. Avec la persistance de la maladie, la relation de couple se dégrade. Quatre ans après le début du suivi psychiatrique de Florence, le conjoint demande une séparation qui ne sera que partielle et temporaire. Un an plus tard, Florence et son conjoint reprennent la vie commune. En dépit de la persistance d'éléments conflictuels, le couple retrouve enfin un certain équilibre.

Les parents des deux conjoints ont toujours été très présents auprès de cette famille. En raison de la précarité des emplois du conjoint, les parents de la patiente ont longtemps contribué aux finances du couple assumant, par exemple, les frais de garderie et fournissant une contribution financière importante à chaque mois. Depuis le début de la maladie de Florence, les parents des deux conjoints viennent régulièrement à la maison pour fournir de l'aide domestique (lessive, ménage, épicerie) et s'occuper des enfants. De plus, Florence, son conjoint et leurs enfants passent tous les week-end aux chalets de leurs parents respectifs. Ce soutien de l'entourage existait bien avant la maladie de Florence. Même lorsqu'elle se trouvait en meilleure santé, Florence et son conjoint dépendaient grandement de leur entourage.

Alors qu'au début du suivi psychiatrique de la patiente les rapports familiaux semblent harmonieux, un conflit familial émerge avec la persistance du dysfonctionnement de la patiente. La pathologie de Florence amène ses parents à la remplacer dans ses rôles familiaux et, ainsi, à s'impliquer dans la vie quotidienne de la famille. Ce rapprochement, vécu par le conjoint non plus comme du soutien mais comme une intrusion, met à jour un conflit entre le conjoint et ses beaux-parents, qu'il trouve envahissants. Ce conflit fait en sorte que les parents de la patiente cessent leurs visites quasi-quotidiennes à son domicile.

Après ce sommaire de l'histoire personnelle et familiale de Florence, cette section revisite l'histoire de Florence pour suivre l'évolution de sa psychopathologie et des interventions thérapeutiques pratiquées auprès d'elle et de sa famille. Aux interventions psychiatriques se sont ajoutées des interventions de couple et familiales ainsi que des interventions au plan du rôle maternel.

## 6.1 LES DÉBUTS DU SUIVI PSYCHIATRIQUE: UNE ALLIANCE DIFFICILE

Cette histoire montre comment il fut difficile d'établir une alliance thérapeutique avec la patiente et de déterminer son diagnostic. Ces difficultés ont fortement influencé le cours du traitement de la patiente. Sa famille fut grandement sollicitée par les soignants notamment pour inciter la patiente à collaborer avec eux. L'histoire de Florence met aussi en évidence le recours croissant à la directivité par les soignants, en relation avec leur perception défavorable à son égard, au fur et à mesure de la dégradation et de la persistance de la pathologie de la patiente. À l'inverse des deux autres patientes, l'histoire de Florence évolue de façon favorable. Elle arrivera, en effet, à réintégrer ses rôles familiaux dont son rôle maternel.

Lorsqu'elle se présente pour la première fois à l'urgence psychiatrique, Florence est accompagnée par son père. Très agitée et logorrhéique, on doit la placer sous contentions. Elle retrouve rapidement son calme et nie tout problème sérieux, attribuant ce premier épisode à un manque de sommeil et à des conflits au travail. Elle refuse ses médicaments et demande son congé définitif. Cette demande est appuyée par son père qui nie tout antécédent personnel ou familial de problème de santé mentale. Ce n'est que plus tard, lors d'entrevues familiales, que des antécédents psychiatriques familiaux seront mis au jour.

À sa première admission, Florence est prise en charge par son psychiatre traitant, le docteur Vincent<sup>76</sup>. La travailleuse sociale, en fonction à l'urgence psychiatrique, rencontre la patiente et son mari et juge que la situation de la famille immédiate ne comporte pas de risque qui pourrait empêcher un congé. Toutefois, les discussions avec le père de la patiente amènent le docteur Vincent à soupçonner, aussi chez lui, des problèmes de santé mentale ce qui l'amène à déclarer que "c'est probablement un "schizo qui ne se connaît pas" (discussion de cas, réunion d'équipe, 22.06.92). Le père de Florence sera revu ultérieurement par la travailleuse sociale de l'équipe traitante<sup>77</sup>, dans le cadre d'entrevues familiales. Malgré la persistance des soupçons, aucune psychopathologie franche ne sera identifiée chez le père de Florence. Le psychiatre traitant maintiendra toutefois cette perception tout au long du suivi.

<sup>76</sup> Il s'agit du psychiatre qui a remplacé le psychiatre traitant de Danièle, lors de sa première absence.

<sup>77</sup> Il s'agit de la même travailleuse sociale qui était intervenue auprès de la famille de Danièle. Rappelons qu'elle possède une formation en thérapie familiale.

Aux demandes de congé de Florence et de son père, le docteur Vincent répond que Florence est trop malade pour qu'il lui accorde son congé. Ayant posé le diagnostic d'"épisode maniaque aigu" et étant d'avis que la patiente représenterait un danger pour elle-même si elle quittait l'hôpital dans son état, il décide plutôt de l'hospitaliser aux soins intensifs psychiatriques. Aussi, prévoit-il une cure fermée au cas où elle voudrait quitter l'hôpital. Toutefois, après discussion avec le conjoint de Florence, le psychiatre reconsidère l'option de la cure fermée et accorde un congé "contre avis médical" (Dossier médical, psychiatre traitant, URG, 05.12.89).

C'est au cours des rencontres avec le conjoint de Florence que le docteur Vincent obtient certaines précisions quant à l'évolution de la pathologie de cette dernière. Les symptômes maniaques et paranoïdes seraient apparus progressivement chez la patiente, de façon progressive depuis trois ou quatre semaines. Le conjoint comprend difficilement ce qui lui arrive. Il cherche à minimiser la gravité des symptômes de Florence, croyant tout comme elle, qu'elle pourra reprendre son emploi dans les jours qui suivent.

De retour à la maison, l'état de Florence se détériore rapidement. Lors d'un rendez-vous avec le docteur Vincent, en clinique externe, le conjoint de Florence, qui l'accompagne, exprime des inquiétudes à l'égard des enfants. Une semaine plus tard, la patiente est réadmise à l'urgence puis hospitalisée au service interne; elle y restera trois semaines. C'est sa deuxième admission en un mois. Elle présente des symptômes psychotiques—à la fois paranoïdes et maniaques—et un état de régression marquée. Les notes d'une infirmière montrent que la patiente est préoccupée par son rôle maternel. À travers son délire, elle exprime de l'inquiétude pour ses enfants dont la peur que sa fille, âgée de dix mois, meure d'une maladie respiratoire: "Patiente préoccupée par l'état de santé de sa fille... inquiétude face à deux responsabilités: enfants et travail et préoccupée par une grossesse éventuelle..." (Dossier médical, INF, HÔP, 09.12.89).

Dès le début de cette hospitalisation, Florence est intégrée au programme d'ergothérapie. C'est aussi à cette période qu'elle commence à être suivie par la travailleuse sociale de l'équipe traitante qui procède, alors à une évaluation conjugale. Après avoir rencontré le couple, elle transmet les informations suivantes dans un rapport<sup>78</sup>: 1) le conjoint a été fortement secoué par la maladie de sa femme mais qu'il s'en est remis et 2) la patiente présente des problèmes de fonctionnement depuis plusieurs années dont une certaine rigidité au niveau de la pensée, des obsessions et des difficultés relationnelles avec ses pairs et avec les personnes en autorité. Le conjoint précise qu'il a compris, à la suite de ces deux premiers épisodes, que la patiente ne peut subir plusieurs situations de stress à la fois et que, désormais, il ira travailler et qu'elle demeurera à la maison. La travailleuse sociale considère le conjoint comme une personne fiable et apte à maîtriser cette situation. À son avis,

---

<sup>78</sup> Ce rapport de la travailleuse sociale a été écrit au dossier médical le 28.12.89.

l'entente conjugale est bonne. À partir de ce moment, le conjoint devient l'élément important sur lequel le psychiatre traitant et la travailleuse sociale s'appuieront pour vérifier l'état de la patiente et déterminer les conditions de son traitement.

Après trois semaines d'hospitalisation, son état s'étant stabilisé, Florence obtient un congé temporaire de quelques jours. Ce congé est conditionnel à ce qu'elle soit accompagnée de sa famille. Le conjoint en ayant fait un bilan positif, Florence obtient son congé définitif quelques jours plus tard. Elle poursuit son traitement psychiatrique en clinique externe avec la même équipe de soignants qui s'étaient occupés d'elle lors de l'hospitalisation. Le thérapeute principal, le Docteur Vincent, voit la patiente une fois par semaine en présence du conjoint<sup>79</sup>. Il vérifie ainsi l'évolution de son état et voit à la médication.

Deux semaines après son congé définitif, Florence demande à être suivie en ergothérapie en clinique externe afin d'obtenir du soutien. La patiente présente alors un état amélioré au plan psychiatrique. Référée à l'ergothérapeute de l'équipe, celle-ci lui propose une intégration au programme régulier d'ergothérapie en clinique externe. Cela représente pour la patiente deux thérapies de groupe par semaine. L'ergothérapeute la référera, par la suite, au groupe de thérapie et de recherche pour les mères souffrant de troubles mentaux<sup>80</sup>. Ce groupe est dirigé par deux ergothérapeutes, qui ne sont pas membres de l'équipe traitante, mais qui maintiennent un contact régulier avec les soignants de cette équipe.

Les deux ergothérapeutes responsables de la thérapie de groupe pour les mères souffrant de troubles mentaux rencontrent Florence tout d'abord pour une évaluation. Étant donné les conditions de recherche, l'adhésion à ce groupe comporte un lourd processus d'évaluation auquel Florence ne participe que partiellement. Il convient de rappeler que la patiente présentait au départ des symptômes avec une composante paranoïde. L'évaluation comporte une entrevue semi-structurée, des questionnaires à remplir et une observation filmée de l'interaction mère-enfant à domicile. La patiente refuse la partie de l'évaluation où elle doit être filmée avec ses enfants, que ce soit à domicile ou à l'hôpital. Elle explique ses réticences par le fait qu'elle a peur d'être reconnue par des collègues de l'université. Compte tenu du sentiment de méfiance qu'elle ressent face au contexte de la recherche, les ergothérapeutes n'insistent pas et admettent quand même la patiente dans ce groupe. Les rencontres de groupe sont hebdomadaires. La durée prévue de la participation de Florence est de 15 semaines.

À partir de ce moment, la prise en charge en ergothérapie comporte trois groupes par semaine soit deux groupes relevant du programme régulier et le groupe s'adressant aux mères. Pendant trois mois,

---

<sup>79</sup> À ce stade du suivi de la patiente, le conjoint se présentait régulièrement aux entrevues de suivi de la patiente. Les motifs de la présence du conjoint à ces entrevues ne sont pas indiqués au dossier médical.

<sup>80</sup> Il s'agit du même groupe auquel Danièle avait participé et qu'elle avait quitté après six semaines. C'est par cette intervention que l'auteure prend contact avec cette patiente pour la première fois.

Florence se présente régulièrement à ses rendez-vous au programme régulier d'ergothérapie. Puis elle décide soudainement de cesser d'y participer. Elle explique sa décision par le fait qu'elle trouve que ses rendez-vous à l'hôpital sont trop fréquents et qu'elle n'aime pas être en contact avec d'autres patients psychiatriques. Suite à son départ, l'ergothérapeute de l'équipe décrit ainsi les problèmes de fonctionnement de Florence en groupe:

... Elle [Florence] a de la difficulté à s'intégrer aux groupes: se relie peu aux pairs (les perçoit plus malades qu'elle). Critique peu son fonctionnement général. Selon elle, "tout va bien" alors que concrètement nous observons qu'elle est très ralentie, elle a de la difficulté à prendre des décisions, ne démontre pas d'initiative ni d'autonomie et a de la difficulté à se concentrer et à suivre des instructions simples. Son discours est centré sur "sa guérison" et elle se rassure auprès de chacun pour trouver une solution miracle... Aucune émotion n'est exprimée et elle est incapable d'élaborer en détail sur un sujet... (Dossier médical, ERG, CE, 01.03.90)

Florence poursuit cependant son implication dans le groupe pour les mères jusqu'à la fin des 15 semaines. Cela lui est plus facile étant donné que les autres patientes de ce groupe ne présentent pas de problèmes psychiatriques aussi lourds et chroniques que la clientèle des autres groupes d'ergothérapie. La patiente se dit préoccupée par le devenir de ses enfants. Dans le cadre des séances de groupe, elle exprime sa tristesse de ne plus pouvoir fonctionner comme avant. Elle y pleure beaucoup, mais nie avoir des difficultés à s'occuper des enfants. Elle fait preuve d'absence d'autocritique quant à ses problèmes psychiatriques et reconnaît difficilement certaines de ses émotions, particulièrement la tristesse et la colère. Elle exprime sa peur de devenir "folle" et sa crainte de ne jamais "revenir comme avant". Elle continue d'espérer une guérison miraculeuse:

... c'est juste ici que je suis triste, pas à la maison... non, non, à la maison ça va bien... personne ne m'empêche de pleurer... quand je suis avec les enfants, je me sens bien... C'est le reste; je n'ai pas le goût de rien faire... j'aurais juste une petite chose à faire mais je n'y arrive pas... (s'adressant à une autre patiente) toi au moins tu as le goût de faire du ménage... (Extrait, GROUPE # 4, 12.04.90)

À la fin de la thérapie de groupe, à l'instar des autres participantes, Florence manifeste son intérêt à participer à un autre groupe de ce type. Il est alors projeté d'en reconstituer un autre dans les mois suivants. À la fin des 15 semaines, Florence est dans un état légèrement amélioré. Mais ses problèmes d'apathie et de mobilisation persistent, notamment, à l'égard de ses tâches quotidiennes (soins des enfants, tâches ménagères, ...). Elle reconnaît maintenant ressentir de l'insatisfaction à l'égard de son rôle maternel.

C'est à ce moment que Florence fait une deuxième tentative de retour au travail. Elle se trouve un nouvel emploi: un temps partiel de deux nuits par semaine comme coordonnatrice de nuit dans un centre d'accueil pour personnes âgées. Cet emploi représente pour elle une "porte de sortie" de son rôle maternel. Florence avait d'ailleurs évoqué le fait que le travail pouvait être une solution, pour elle et

sa famille, au cours des séances de groupe:

FL: ... moi j'ai tendance à me coucher à tous moments dans la journée...

SN<sup>81</sup>: ... tu vas te coucher même quand tes enfants sont debout?

FL: ... avec les enfants ça ne pose pas trop de problèmes car mon mari est là avec les enfants... ce matin, ils [enfants] m'ont tiré du lit (en souriant) ... pour moi, une des façons serait d'aller travailler... mon médecin ne veut pas, il veut que j'en fasse plus à la maison avant de penser d'aller travailler... (Extrait, GROUPE # 2, 29.03.90)

FL: ... mais moi j'disais qu'au travail j'pouvais y retourner juste un p'tit peu là... j'pense que c'est quelque-chose qui m'ferait du bien... c'est peut-être pas garanti que je vais trouver l'bonheur dans le travail ... j'pense que ça fait du bien pour l'intellectuel aussi... l'action de travailler, une chance sociale ... (silence)... parce que ça fait déjà... ça faisait un p'tit bout d'temps avec les deux congés de maternité d'accumulés... ça faisait un p'tit bout d'temps que dans mon fors intérieur je veux retourner travailler... j'y allais pas... là il faut que je trouve le bonheur dans mon quotidien (commence à pleurer)... " (Extrait, GROUPE # 6, 26.04.90).

Jusque là, Florence s'implique de bon gré au traitement proposé. En dépit des difficultés occasionnées par les rencontres de groupe, notamment la difficile confrontation à son incapacité d'assumer ses rôles familiaux, elle développe graduellement, dans ce contexte, la capacité de reconnaître et d'exprimer ses difficultés. Mais la suite de son histoire évoluera tout autrement.

## 6.2 NOUVELLE GROSSESSE ET AVORTEMENT: REFUS DES INTERVENTIONS

L'état de Florence demeurant fragile et vu qu'elle prévoit participer de nouveau au groupe pour les mères, lors de sa reconstitution, les ergothérapeutes responsables de ce groupe lui proposent un suivi pendant l'été. Ceci afin de ne pas perdre le contact et de lui fournir un soutien en cas de besoin.

Florence ne se présente pas à ces rendez-vous et son état se détériore graduellement. Elle poursuit cependant ses rendez-vous avec son psychiatre à qui elle exprime de plus en plus d'idées suicidaires. Au cours de l'été, la patiente annonce qu'elle est enceinte de huit semaines. À ce moment, le docteur Vincent précise que la patiente est "enceinte et heureuse" (Dossier médical, psychiatre traitant, CE, 22.08.90).

En raison de cette grossesse non prévue, le psychiatre et la travailleuse sociale rencontrent à quelques

---

<sup>81</sup> SN est une des participantes au groupe de thérapie pour les mères atteintes de troubles mentaux.

reprises Florence et son conjoint pour vérifier leurs intentions quant à cette grossesse et discuter de l'orientation à suivre. De leur côté, les membres de l'équipe traitante, après une longue discussion, avaient pris position en faveur d'un avortement thérapeutique pour la patiente<sup>82</sup>. Le psychiatre et la travailleuse sociale font donc des pressions en ce sens auprès du couple. Cette position s'explique par la perspective d'un pronostic plus sombre que prévu initialement pour la patiente. Il apparaît, en effet, de plus en plus clair pour le psychiatre traitant que la patiente souffre d'une schizophrénie plutôt que d'une maladie affective bipolaire ou d'une psychose paranoïde. Il fonde cette opinion sur son observation de l'évolution de la patiente. En effet, en dépit d'un investissement thérapeutique élevé, l'état de Florence n'évolue pas de façon favorable. Cela est un indice pour lui d'un trouble mental plus sévère.

Alors que les soignants s'attendaient à une forte résistance de Florence à la proposition d'un avortement, elle et son conjoint acceptent, sans difficulté apparente, non seulement cette proposition, mais aussi une forme définitive de contraception. Dès lors, des mesures sont entreprises par le psychiatre traitant et la travailleuse sociale, avec des médecins spécialistes d'un autre centre hospitalier, afin d'organiser, pour la semaine suivante, les interventions requises. Les notes au dossier médical ne font part d'aucune réaction de la part du couple à l'avortement et à la contraception.

Le suivi psychiatrique de Florence se poursuit en clinique externe. La patiente voit son psychiatre sur une base régulière mais refuse les médicaments qu'il lui propose. Après l'avortement, la patiente se montre peu intéressée à reprendre la thérapie de groupe pour les mères souffrant de troubles mentaux. L'ergothérapeute<sup>83</sup> lui propose alors un suivi individuel pour un soutien au niveau de son rôle maternel. Florence refuse. L'ergothérapeute lui offre alors la possibilité de la contacter au besoin. À quelques reprises au cours des mois qui suivent l'avortement, Florence demandera, de sa propre initiative, à rencontrer l'ergothérapeute. Elle refusera, toutefois, de poursuivre les interventions sur une base régulière, maintenant toujours son espoir de "guérison miraculeuse".

Alors que la plupart des entrevues de Florence avec le docteur Vincent s'étaient déroulées en présence du conjoint, sans qu'ils en précisent les raisons, le psychiatre et la travailleuse sociale décident de dissocier les entrevues individuelles pour la patiente et les entrevues de couple. À partir de ce moment, le psychiatre s'occupe plus spécifiquement de la patiente et la travailleuse sociale prend en charge le suivi du couple. Parallèlement, la patiente et son conjoint s'engagent, de leur propre chef, dans une thérapie bihebdomadaire avec un sexologue dans un CLSC. Cette thérapie durera douze semaines et sera sans suite. Lors d'une entrevue subséquente, la patiente explique qu'elle a eu recours à cette

---

<sup>82</sup> Cette discussion sera présentée dans une section subséquente ainsi que l'attitude des soignants concernant la grossesse et, éventuellement, le rôle maternel de la patiente.

<sup>83</sup> À partir de cette période, l'auteure est l'ergothérapeute principale de Florence et prend la charge de la suite de son traitement ergothérapeutique.



thérapie parce qu'elle voulait améliorer sa relation avec son conjoint et résoudre certains blocages qu'elle ressentait au plan de la sexualité.

### 6.3 DIFFICULTÉS À PRÉCISER LE DIAGNOSTIC

L'état de la patiente se détériore à tel point qu'elle doit être hospitalisée pour une troisième fois. Cela se produit deux mois après son avortement. Le diagnostic de schizophrénie, soupçonné par le docteur Vincent, n'est toujours pas confirmé. Au moment de cette admission, Florence présente des symptômes hypomaniaques qui font pencher le psychiatre vers un diagnostic de maladie affective bipolaire plutôt qu'une schizophrénie. Il indique dans un note avoir informé le conjoint de Florence du diagnostic. Il n'est pas précisé si la patiente en a été informée:

Psychose de type paranoïde à l'automne 89 avec phase avolitionnelle ayant donné le change pour un tableau schizophrénique à pronostic réservé... depuis deux mois, propension de l'affect mobilisable qui entraîne la remise en question du diagnostic... depuis un mois, hyperactivité psycho-motrice, logorrhée, insomnie et nombreux achats confirmés par le mari... 2<sup>e</sup> hypothèse: tableau mixte maniaco-dépressif avec pleurs, tristesse puis "switch" rapide dans un discours logorrhéique à consonance psychotique ... Époux informé du diagnostic, de CAT et cure fermée ... Hospit. aux soins intensifs .... (Dossier médical, psychiatre traitant, SI, 20.12.90)

Au début de son hospitalisation, Florence collabore peu au traitement, refusant certains médicaments et revendiquant son congé. Puis son état s'améliorant peu à peu, elle demande de prolonger son hospitalisation. Elle demande aussi à être revue par l'ergothérapeute pour reprendre les interventions portant sur le rôle maternel. Elle se perçoit en difficulté dans son rôle de mère et craint que sa pathologie ait des effets négatifs pour ses enfants. Toutefois, elle ne maintient pas cette demande. Elle demande plutôt son congé définitif, avec l'appui de son conjoint, suite à un congé temporaire qui s'était bien déroulé. Le congé définitif est accordé par un psychiatre remplaçant qui, tout en jugeant la patiente encore fragile, considère néanmoins la famille apte à fournir l'encadrement nécessaire. Un rendez-vous fut fixé une semaine plus tard avec le docteur Vincent en clinique externe.

À la première rencontre en clinique externe suivant le congé définitif, le docteur Vincent juge la patiente "encore très malade". Il pose cette fois un diagnostic de trouble schizo-affectif et il prévoit, à brève échéance, une autre hospitalisation. Florence refuse toujours de prendre certains médicaments, dont le lithium et les neuroleptiques qui pourraient contrôler ses symptômes psychotiques:

Patiente encore très malade. Présente aujourd'hui davantage un tableau paranoïde méfiant, demande des réponses. Retour à un affect plat qui en fait davantage un tableau schizo vs schizo-affectif. Répond plus ou moins au rivotril. Il est possible que nous retournions à l'haldol et qu'il y ait réhospitalisation .... (Dossier médical, psychiatre traitant, CE, 10.01.91)

À l'entrevue suivante, le psychiatre traitant exprime son étonnement lorsque Florence montre qu'elle peut exprimer adéquatement ses besoins:

... patiente des plus étonnante. Très peu de temps après son épisode et les observations d'il y a moins d'une semaine, capable de faire une certaine synthèse des événements et de récapituler la séquence des événements... éprouve à la fois le besoin de parler... Ne veut pas de conseils mais veut être écoutée..... (Dossier médical, psychiatre traitant, CE, 14.01.91)

#### 6.4 AGGRAVATION DE L'ÉTAT DE LA PATIENTE ET PERSPECTIVE DE PROCÉDURES JUDICIAIRES

Au cours des entrevues subséquentes, malgré quelques manifestations d'autocritique chez la patiente, le psychiatre traitant constate toujours un état psychotique avec délire: Elle se croit enceinte et elle veut sauver le monde. Cela fait maintenant quatre mois que l'avortement a eu lieu.

Quelques semaines plus tard, Florence est hospitalisée, à une quatrième reprise, aux soins intensifs psychiatriques. Elle y demeurera plusieurs mois en raison d'une psychose sévère. L'observation de la patiente dans cet état amène le docteur Vincent à confirmer un trouble d'ordre schizophrénique:

... tableau schizo affectif avec décompensation psychotique de type paranoïde et dépressif ... . (Dossier médical, psychiatre traitant, SI, 31.01.91).

... ambivalence, pensée concrète, discordance idéo-affective, autisme et retrait hébéphrénique récent... schizo aigue de type paranoïde. Dx: catatonique, trouble de l'humeur schizo-affective. Pronostic bon à court terme ... (Dossier médical, psychiatre traitant, SI, 26.02.91)

Cette hospitalisation s'avère très difficile en raison du refus de la patiente d'accepter sa maladie et de prendre les médicaments antipsychotiques. Ce comportement la conduit dans un état de grande régression. Mis à part son état psychotique, Florence ne présente toutefois pas un danger réel pour elle-même ou pour les autres, pourvu qu'elle soit maintenue dans un cadre sécuritaire. Elle ne montre pas de comportements d'agressivité ou de violence à l'égard d'elle-même ou des autres. Les conséquences de son refus de la médication sont la prolongation de son état psychotique et de son hospitalisation ainsi que l'impossibilité de procéder à certaines interventions thérapeutiques.

En raison de l'opposition de la patiente, les soignants orientent leurs interventions vers un encadrement serré et deviennent très directifs à son égard. Le psychiatre évoque même la possibilité d'entamer des procédures judiciaires pour l'obliger à recevoir les traitements proposés. Au cours de cette hospitalisation, le psychiatre traitant et la travailleuse sociale rencontrent le conjoint, les parents et le frère de Florence à plusieurs reprises. L'infirmière qui s'occupe de la patiente participe aux entrevues familiales dirigées par la travailleuse sociale. Les premières interventions auprès des

membres de la famille consistent davantage à les informer de la condition de la patiente, de son diagnostic, de la nécessité des médicaments et de leurs effets ainsi que des procédures judiciaires envisagées. Les soignants cherchent à obtenir leur appui afin qu'ils usent de leur influence pour convaincre Florence de collaborer au traitement<sup>84</sup>.

Après de nombreuses pressions des soignants et des membres de sa famille, Florence accepte la médication proposée. Elle s'améliore ainsi graduellement. Elle maintient toujours, par ailleurs, son attitude de déni à l'égard de sa pathologie et elle négocie constamment avec les soignants pour diminuer la médication. Après six semaines d'hospitalisation, alors qu'elle commence à montrer des signes d'amélioration, Florence recommence à demander des sorties pour voir ses enfants. Percevant un risque élevé pour les enfants, les soignants autorisent des congés temporaires avec un encadrement serré qui sollicite fortement les membres de la famille. Après quelques congés temporaires réussis, et suite au constat de l'amélioration et de la stabilisation de l'état de la patiente, les soignants acceptent finalement qu'elle retourne de façon définitive à son domicile, avec son conjoint et ses enfants. Mais ils maintiennent la condition qu'elle ne soit jamais seule avec les enfants. Outre le fait que ces derniers soient placés en garderie, cinq jours par semaine, cette condition implique la présence continue d'un membre de la famille au domicile, pendant les absences du conjoint. Pour respecter cette condition établie par les soignants et amplement discutée avec les membres de la famille, la tante de Florence vient s'établir temporairement au domicile de la patiente. Florence obtient ainsi son congé définitif après quatre mois d'hospitalisation.

## 6.5 RÉTICENCES À L'ÉGARD DES INTERVENTIONS

Le suivi psychiatrique se poursuit en clinique externe avec le psychiatre traitant et avec la travailleuse sociale qui continue de suivre, en alternance, le couple et les parents de la patiente selon une fréquence approximative d'une fois par mois. Ayant repris un suivi en ergothérapie durant sa dernière hospitalisation, Florence accepte, avec difficulté cependant, de le poursuivre en clinique externe. Elle demeure réticente à ce suivi qui lui rappelle ses expériences antérieures de groupe et lui fait, ainsi, vivre un "recul". Les interventions de l'ergothérapeute visent essentiellement la reprise par la patiente de ses rôles familiaux:

... avec les ergothérapeutes, reste défensive, se relie sur un mode "social": grande politesse et douceur+++... exprime ses réticences à la proposition d'ergothérapie en clinique externe. Voit cela comme un recul comme l'année passée. Dit qu'elle n'en aura pas besoin... (Dossier médical, ERG, SI, 16.05.91)

---

<sup>84</sup> Ces interventions des soignants seront décrits de façon plus détaillée dans la section portant sur la directivité et la perception des soignants.

Dès son retour à domicile, l'on note, chez la patiente, des symptômes négatifs de retrait et d'apathie ainsi que la résurgence du déni face à sa maladie. À ceci s'ajoutent des comportements d'opposition modérée à l'égard des soignants. Florence refuse toujours son diagnostic de schizophrénie et elle tente de révoquer le plan d'aide à domicile mis en place par les soignants. Elle recommence à s'absenter de ses rendez-vous, d'abord en ergothérapie, puis, aux entrevues de couple et, même, avec son psychiatre. Cette situation est aggravée lors des vacances estivales du couple et des soignants, lesquelles contribuent à briser le rythme des rendez-vous.

Au retour des vacances estivales, la patiente reprend ses entrevues individuelles avec le psychiatre traitant et les entrevues de couple avec la travailleuse sociale. Elle continue cependant de s'absenter aux rendez-vous de l'ergothérapeute, invoquant des oublis ou ses séjours au chalet de ses parents. Rappelons que l'intervention avec l'ergothérapeute touche directement son rôle maternel et nécessite pour elle des visites plus fréquentes à l'hôpital. Lors des séances avec ses soignants, elle exprime de plus en plus d'émotions dysphoriques en rapport avec ses incapacités. Les problèmes d'apathie et de fonctionnement chez la patiente posent des problèmes, particulièrement, lorsqu'elle doit s'occuper des enfants et lorsqu'elle doit effectuer les tâches ménagères. Considérant cette problématique, la travailleuse sociale établit un programme d'intervention pour tenter de régler les problèmes de la patiente. Ce plan est discuté dans le cadre des entrevues de couple:

... Déçue d'elle-même. Veut davantage s'occuper des enfants et tâches ménagères à un rythme plus rapide. Voudrait se défaire de la psychiatrie d'ici deux ans .... (Dossier médical, psychiatre traitant, CE, 14.08.91)

... se dit incapable de se lever et de s'occuper des enfants. Craint que G.. [fils] ne la perçoive comme anormale ..... (Dossier médical, psychiatre traitant, CE, 28.08.91)

Madame craint de retomber malade. Se dit incapable de s'organiser et de faire face au stress des enfants. Reçoit difficilement les demandes du conjoint de se lever le matin ..... (Dossier médical, TS, CE, 01.10.91)

Peu à peu, au fur et à mesure de rencontres fortuites avec l'ergothérapeute dans les corridors de la clinique externe et suite à la recommandation du psychiatre traitant qu'elle reprenne son traitement en ergothérapie, Florence reprend les rencontres hebdomadaires avec l'ergothérapeute sur une base individuelle et en groupe. Au début, Florence ne respecte pas la fréquence hebdomadaire des rencontres en ergothérapie mais, au fur et à mesure que la relation se consolide, elle s'y présente plus assidûment. À ce moment, en plus des entrevues avec l'ergothérapeute, la patiente est suivie aux deux semaines par le psychiatre traitant et aux mois par la travailleuse sociale dans le cadre d'entrevues de couple. Les difficultés persistantes de mobilisation chez la patiente amènent les divers soignants à proposer, chacun de leur côté, des interventions et des recommandations en matière d'activités quotidiennes et de retour au travail. Cela pose un problème de coordination qui sera décrit plus loin.

## 6.6 Vers la reprise d'un fonctionnement plus autonome

Florence fait des efforts pour se mobiliser davantage. Cependant son état se détériore: Elle se plaint d'idées suicidaires. L'équipe soignante maintient le plan d'intervention en cours en clinique externe avec un recours possible à l'hospitalisation, qui ne sera toutefois pas nécessaire.

En dépit de ses difficultés à se mobiliser, Florence envisage de nouveau un retour au travail. C'est pourquoi une intervenante de l'Essor<sup>85</sup> se joint à l'équipe de soignants. Les rencontres avec cette intervenante conduiront la patiente vers le bénévolat plutôt que vers le travail. Bien qu'appuyée par le docteur Vincent, cette proposition de bénévolat est très difficile à accepter pour Florence car elle se croit toujours apte à reprendre un emploi dans sa profession. Il s'agit pour elle de la "seule solution":

... Idées suicidaires toujours présentes. Madame ne voit pas les progrès qu'elle a fait depuis un an, même si le conjoint les nomme. Madame ne croit pas que le conjoint et les enfants sont heureux avec elle... 2. Seule solution pour madame: travail en nursing .... (Dossier médical, TS, CE, 09.06.92)

Florence entreprend tout de même les démarches proposées pour faire du bénévolat. Elle tente une première expérience comme enseignante aux analphabètes, qu'elle abandonne après deux essais, se jugeant non suffisamment compétente pour faire ce travail. Elle s'oriente ensuite vers une ressource pour les personnes souffrant de troubles mentaux graves et pour les itinérants, pour y faire de la cuisine. Florence trouve cette deuxième expérience extrêmement pénible, parce qu'elle se trouve continuellement en contact avec une clientèle psychiatrique lourde. Elle remet ainsi en question la pertinence de poursuivre ce type de bénévolat très confrontant pour elle. Elle ne poursuit cette expérience que pendant quelques semaines avant de l'abandonner. L'implication de Florence dans une expérience de bénévolat représente pour les soignants un indice qu'elle s'améliore au plan fonctionnel. Mais, de son côté, Florence perçoit plutôt cette expérience comme dévalorisante en comparaison avec son travail d'infirmière. Elle ne conçoit pas, comme les soignants, que cette expérience puisse lui être utile en guise de réactivation ou d'entraînement au travail. Ainsi l'on constate un écart entre les perceptions de la patiente et celles des soignants quant au sens à donner aux expériences et quant aux capacités de la patiente.

Lorsqu'elle est à la maison, Florence demeure couchée pendant de longues périodes durant la journée. Cela oblige les membres de son entourage—conjoint et parents—à assumer plusieurs des responsabilités

---

<sup>85</sup> L'Essor—le nom est fictif—est une ressource s'adressant aux personnes atteintes de troubles mentaux pour les aider dans leur démarche d'intégration au travail.

qui lui incomberaient normalement. En effet, ses parents se présentent chez-elle tous les jours et assument, à sa place, les tâches ménagères. Elle exprime cependant un mieux-être lorsqu'elle est ainsi entourée. Cette situation mène à la décision, prise avec Florence, de tenir ses séances d'ergothérapie à domicile en alternance avec celles de l'hôpital. De cette façon, tout en fournissant un accompagnement et un soutien au niveau de son fonctionnement dans les activités de vie quotidienne, il devient possible d'évaluer et de traiter ses problèmes au niveau du rôle maternel. Les interventions à domicile—fondées sur des activités culinaires et ménagères—mettent en évidence que les difficultés fonctionnelles de la patiente relèvent moins d'un problème organisationnel que d'un problème de motivation. Florence semble apprécier ces interventions à domicile qui lui permettent de distancer ses rendez-vous à l'hôpital. En outre, ce contexte plus familial l'amène à se sentir plus en confiance avec l'ergothérapeute. D'ailleurs, elle confie plus ouvertement ses perceptions et difficultés vécues à l'égard des enfants ainsi que les idées obsédantes et anxiogènes qui l'amènent à se retirer:

Intervention à domicile re: évaluation fonctionnelle et favoriser prise en charge de ses tâches à la maison. Exécution d'une recette choisie par madame... Semble satisfaite d'elle-même à la fin de la séance. Il est difficile de présumer des effets d'une telle intervention à court terme mais j'ai l'impression que par une approche concrète et par le biais d'activités quotidiennes, il est plus facile de rejoindre cette patiente, d'évaluer son fonctionnement et de l'amener à se mobiliser .... (Dossier médical, ERG, CE, 17.12.91)

... me parle plus ouvertement de son contact avec les enfants qui sont plus réticents à ce qu'elle s'occupe d'eux. Ils préfèrent leur père pour l'habillement et la préparation du déjeuner. Patiente fait référence au fait qu'elle se soit levée les deux derniers matins et qu'elle ait tenté de s'occuper elle-même des enfants. Exprime difficilement ses émotions en rapport avec situation ... Éprouve finalement beaucoup de tristesse et de rejet. Pleure à la fin de l'entrevue ... Parle aussi de son mari qui cherche à l'encourager dans ses initiatives mais qu'elle ne semble pas croire plus qu'il le faut. Se valorise difficilement ..... (dossier d'ergothérapie, ERG, CE, 21.01.92)

En dépit des recommandations des soignants, Florence tente de nouveau, à quelques reprises, de retourner au travail. Ces tentatives échouent. Mais sans provoquer de rechute. Mettant graduellement de côté l'idée de retourner au travail, elle investit de plus en plus ses rôles familiaux. Lors d'une entrevue tenue à cette période, Florence remet en question, d'elle-même, le retour au travail. Ses tentatives de retour au travail reflétaient son besoin de prouver aux soignants qu'elle était apte au travail plutôt qu'un désir réel en ce sens:

... À la fin de l'entrevue, elle revient sur sa question à savoir si elle devrait ou non postuler sur l'emploi [infirmière dans une pouponnière]... pour me dire: "dans l'fond, j'suis pas si sûre que j'veux postuler sur ce poste ... j'ai pas tant envie que ça de travailler ... c'est peut-être qu'j'veux vous montrer que j'suis capable, que j'peux retravailler.. mais c'est pas parce qu'j'ai tant envie ... j'suis pas prête... c'est peut-être parce que c'est le seul moyen d'm'sortir de ça, de cette inertie... aller travailler pour ne pas m'enliser encore plus.... (note et extrait d'entrevue, dossier d'ergothérapie, ERG, CE, 17.03.92).

## 6.7 INTRODUCTION D'UN NOUVEAU MÉDICAMENT<sup>86</sup>

En dépit du fait que Florence collabore mieux au traitement et qu'elle tente de se mobiliser, ses problèmes d'apathie et ses idées suicidaires persistent. Cela amène le docteur Vincent à proposer une nouvelle médication –le clozaril–alors en expérimentation depuis peu au département de psychiatrie. Il espère, ainsi, résoudre le problème de la résistance de la pathologie de la patiente aux médicaments essayés jusque là:

Admission à l'urgence psychiatrique pour introduction du clozaril... idéation suicidaire .. détérioration globale et progressive de l'état physique et général ... symptômes négatifs... à l'origine, symptômes suggestifs d'une dépression atypique mais le cours de l'évolution et l'affect plat ne militent pas en faveur de ce diagnostic. Risque suicidaire de plus en plus important au cours des dernières semaines demeurant.. latent... réfractaire à tout autre médication... schizophrénie réfractaire à prédominance de symptômes négatifs... (Dossier médical, psychiatre traitant, CE, 19.06.92).

Ce nouveau médicament, conçu pour les patients schizophrènes chroniques qui présentent des symptômes négatifs persistants et un niveau très pauvre de fonctionnement, comporte des risques élevés de développer des problèmes de granulocytose pouvant causer la mort. En conséquence, l'administration de ce médicament exige un lourd protocole d'évaluation dont une hospitalisation de six semaines et un suivi hebdomadaire par le psychiatre traitant et par l'infirmière de la clinique externe (prise de sang et de température). Un tel suivi sera nécessaire tout au long de la prise du médicament, ce qui lui est annoncé comme pouvant durer le reste de sa vie<sup>87</sup>. Étant donné les risques et les exigences requises, Florence refuse d'abord de tenter l'expérience, mais après de multiples pressions de la part de son psychiatre et de son conjoint, elle l'accepte. En raison du risque suicidaire et du refus de la patiente, le docteur Vincent avait demandé au conjoint d'intercéder auprès d'elle pour qu'elle accepte la médication. Le psychiatre a aussi dû convaincre le conjoint qui avait lui-même des craintes à l'égard de cette médication.

L'introduction du clozaril conduit Florence à sa cinquième hospitalisation. À l'inverse des précédentes, celle-ci n'est pas occasionnée par une rechute mais par la nécessité d'observer ses réactions à ce nouveau médicament. Florence accepte cette hospitalisation à la condition de pouvoir obtenir des congés temporaires, le jour, pour s'occuper des enfants, ce qui lui est accordé. L'hospitalisation se déroule sans problème. Florence obtient son congé six semaines plus tard.

Dès le mois suivant, l'on note des améliorations de l'état psychiatrique et fonctionnel de la patiente.

---

<sup>86</sup> Cet épisode sera repris d'une façon plus détaillée dans une prochaine section de ce chapitre.

<sup>87</sup> Ce lourd processus d'évaluation était obligatoire tant que ce médicament était un médicament d'exception; ce qui était le cas au moment où ce médicament fut introduit au traitement de Florence. Depuis, l'hospitalisation n'est plus obligatoire pour l'introduction de ce médicament. Le suivi, qui consiste principalement en un contrôle médical pour évaluer les risques de granulocytose, se fait en clinique externe à toutes les deux semaines.

Elle dit se sentir plus énergique et plus motivée dans ses rôles familiaux et sociaux. De fait, elle reprend peu à peu les responsabilités qu'elle avait laissées. Elle reconsidère un retour au travail mais l'intention de travailler semble relever davantage d'une obligation que d'un désir réel. En dépit de ses améliorations, cependant, la tendance à se coucher le jour persiste. Et elle continue de se considérer comme une mère incompétente.

Cette perception négative d'elle-même demeure préoccupante pour les soignants. À la demande de la patiente, il est décidé de faire une évaluation à domicile de la relation mère-enfants. Jusque là, afin de respecter le rythme de la patiente, les interventions à domicile s'étaient toujours déroulées en l'absence des enfants et du conjoint. Cette évaluation ne révèle pas de problème majeur dans la relation entre Florence et ses enfants. L'exception se trouve dans une certaine difficulté chez Florence d'éprouver du plaisir avec ses enfants lors des situations de jeu et, aussi, lorsqu'il lui faut imposer son autorité, ce qu'elle réussit mal. Ces observations confirment, pour l'essentiel, ce que Florence avait déjà exprimé dans le groupe pour les mères souffrant de troubles mentaux.

Cette évaluation contribue à maintenir les interventions en ergothérapie dans sa forme actuelle, c'est-à-dire, en alternance tantôt, à son domicile, tantôt à la clinique externe. L'objectif de ces interventions demeure centré sur ses rôles familiaux. Florence apprécie les visites à domicile car elle lui permettent d'espacer ses visites à l'hôpital. Cela s'explique par sa difficulté à accepter le fait d'être traitée en psychiatrie. À chacune de ses visites, elle éprouve la crainte d'être reconnue par des collègues lorsqu'elle vient à l'hôpital. Les entrevues avec le psychiatre, l'infirmière de la clinique externe et la travailleuse sociale—entrevues de couple ou avec les parents de Florence—se poursuivent toujours.

### **6.7.1 Les problèmes reliés au nouveau médicament**

Avec l'introduction du clozaril, un problème important de financement se pose. Le coût de ce nouveau médicament, très onéreux, n'est défrayé qu'aux bénéficiaires de l'aide sociale. Selon le dosage prescrit, il peut coûter entre 4 000 \$ et 10 000 \$ par année. Le couple ne peut assumer de tels frais. Plusieurs solutions sont envisagées dont une demande à la Sécurité du Revenu. Le droit de recevoir de l'aide sociale nécessiterait, toutefois, que le couple se départisse de la maison ce qu'il ne peut se résoudre à faire. Après de nombreuses démarches entreprises tant par la famille que par l'équipe de soignants auprès de plusieurs organismes bénévoles et gouvernementaux, la Sécurité du Revenu accepte pour quelques mois de fournir un financement partiel qui devra toutefois être remboursé. Puis, le conjoint, s'étant trouvé un nouvel emploi, en prendra finalement la charge avec une certaine aide du père de Florence.

Le coût élevé de la médication et certains effets secondaires du clozaril pour la patiente incitent le docteur Vincent à essayer un autre médicament, le risperdal, aussi en expérimentation. Ce médicament



moins cher comporte aussi moins d'interventions médicales. Il s'avère toutefois peu efficace. Dès les premiers signes de détérioration, le clozaril est réintroduit et l'état de Florence s'améliore de nouveau. Ce bref épisode de détérioration confirme à la patiente et aux soignants qu'elle a réellement besoin de ce médicament. Après un certain temps, la stabilité de l'état de Florence permet au psychiatre de réduire le dosage du clozaril et, conséquemment, d'en réduire les coûts.

En dépit des difficultés occasionnées par l'administration du clozaril (hospitalisation, effets secondaires et coût) ce médicament a grandement contribué à améliorer et à stabiliser l'état de Florence. À partir de cette période, la patiente retrouve énergie et motivation et s'implique de plus en plus dans son traitement. Elle reprend, peu à peu, les responsabilités associées à ses rôles familiaux et sociaux. Elle envisage de nouveau un retour au travail, cette fois, comme infirmière en CLSC en Enfance-Jeunesse. Mais elle décide plutôt de centrer ses énergies sur son rôle maternel. Florence, mieux disposée à développer son réseau social, s'intègre, avec l'assistance de l'ergothérapeute, à certaines ressources de son quartier. La reprise en charge de son rôle maternel produisant le sentiment d'être plus utile et plus aimée de ses enfants, a un effet mobilisateur sur elle. Toutefois, cela ne se fait pas sans heurts. La patiente a toujours besoin d'être réassurée à chacune des étapes de l'augmentation de ses responsabilités. Sa confiance en ses compétences maternelles demeure très limitée. En dépit de l'amélioration générale de son état, elle continue de se percevoir comme une "mauvaise" mère et une "mauvaise" épouse:

... se demande si elle est assez bonne mère pour s'occuper de sa fille .... (Dossier médical, ERG, CE, 11.02.93)

... a passé fin de semaine avec ses enfants et une amie... s'interroge sur ses méthodes éducatives et sur sa relation avec les enfants .... (Dossier médical, ERG, CE, 08.03.93)

Ce manque de confiance en ses compétences maternelles incite Florence à éviter les situations où elle doit rester seule avec ses enfants. À cette période, son conjoint est de moins en moins présent à la maison et doit même se présenter au travail les fins de semaine. Il lui demande, à quelques reprises, de rester en ville avec lui plutôt que d'aller au chalet de ses parents. Au début, Florence refuse mais cette situation lui sera imposée en raison de rénovations que son père doit faire à son chalet mais, aussi, en raison d'un certain épuisement exprimé par sa mère. Florence est ainsi privée de son répit habituel, ce qu'elle trouve difficile:

... A passé le week end à la maison re: ses parents n'allaient pas au chalet. Trouve difficile le fait d'avoir à passer toute la journée avec les enfants, lorsqu'elle est en ville et seule avec eux. Ne sait trop comment s'en occuper. Trouve cela moins difficile au chalet re: peut les laisser sortir librement à l'extérieur, son père s'en occupe un peu, équipements de jeux plus disponibles... se sent insécure à l'idée de laisser sortir les enfants seuls à l'extérieur en ville. Les trouve jeunes et craintes face à l'entourage... (dossier d'ergothérapie, ERG, CE, 22.03.93).

Ce retrait de ses parents favorise, cependant, le cheminement de Florence vers une plus grande autonomie. Outre les activités communautaires auxquelles elle s'est intégrée, elle reprend contact avec une amie, qui a aussi des enfants, en vue d'organiser des activités familiales. Elle passe, ainsi, plus de temps à la maison seule avec ses enfants, sans la présence de son conjoint et de ses parents. En dépit de la persistance du sentiment de ne pas être une mère "idéale", elle en vient, ainsi, à reprendre son rôle maternel, à y reconnaître ses capacités et à s'y sentir plus à l'aise: " je me rends compte que je suis importante pour les enfants... Pierre (nom fictif de son fils) me dit qu'il m'aime "gros comme la terre"... " (Extrait d'entrevue, 31.01.94).

En somme, après trois ans de suivi psychiatrique, l'état de Florence est relativement stable et amélioré. Elle assume de plus en plus, toujours avec un peu de soutien, ses rôles familiaux. Toutefois, le dysfonctionnement lié à sa pathologie n'a pas été sans conséquence sur sa famille. Florence doit faire face à de nouveaux bouleversements tant du côté conjugal que du côté des soignants.

## 6.8 DE NOUVEAUX BOULEVERSEMENTS

Les premiers changements surviennent du côté de l'équipe des soignants. Le psychiatre et la travailleuse sociale de Florence annoncent, à peu près en même temps, leur départ: le docteur Vincent, pour une période de trois mois, et la travailleuse sociale, de façon définitive. Le docteur Vincent est remplacé par un autre psychiatre avec qui Florence peut établir une relation de confiance. Quant à la travailleuse sociale, elle est remplacée par trois personnes différentes qui interviendront de façon sporadique auprès de la patiente et de sa famille. Les deux autres soignantes, l'infirmière et l'ergothérapeute, poursuivent leurs interventions habituelles.

C'est dans ce contexte, que se produit le deuxième bouleversement encore plus important pour Florence: la séparation. Au retour du docteur Vincent, le conjoint de Florence annonce qu'il veut se séparer. Le conjoint invoque comme motifs son "épuisement et son désintérêt face à la condition de la patiente", mais aussi, "l'intransigeance et la double contrainte" de sa belle-mère à l'égard de ses enfants. Attribuant la pathologie de Florence aux comportements de ses beaux-parents, il désire obtenir la garde des enfants pour qu'ils ne soient pas "dérangés" par leurs grand-parents. Il demeure, toutefois, disposé à assumer l'ensemble des responsabilités financières, y compris les frais reliés à la médication de Florence:

... 2 raisons ont porté ... (nom du conjoint) à se séparer: l'intransigeance et la double contrainte de la mère de ... (nom de la patiente) face aux enfants et son épuisement et désintérêt face à la condition de la patiente ... Il (conjoint) prendra les enfants avec lui ... . il permettra à ce que (nom de la patiente) les ait après entente à l'amiable. Il assumera les responsabilités financières de la maison et de la médication..... (Dossier médical, psychiatre traitant, CE, 22.07.93)

Cette séparation était prévisible pour l'ensemble des soignants. Depuis l'obtention de son nouvel emploi, le conjoint de Florence était de moins en moins présent à la maison. Il n'était plus disponible, non plus, pour les entrevues de couple. Florence attribuait les absences de son conjoint uniquement au travail. Bien qu'elle s'en était inquiétait-elle en parlait en entrevue-, elle refusait d'envisager que son conjoint s'éloignait d'elle. Après l'annonce de la séparation, tant les membres de la famille que les soignants sont convaincus que Florence ne pourra subir cette épreuve sans conséquence néfaste. On pressent le risque suicidaire. Le docteur Vincent organise, en collaboration avec une des travailleuses sociales remplaçantes, quelques rencontres avec la patiente et son conjoint pour discuter d'une nouvelle organisation familiale de façon à ce qu'elle ne demeure jamais seule. Une première entente temporaire est établie entre les soignants, Florence et son conjoint: Florence ira vivre au chalet avec ses parents et les enfants iront y passer une fin de semaine sur deux. Le conjoint, quant à lui, demeurera dans la maison familiale avec les enfants. C'est le psychiatre qui suggéra cette entente et il s'y impliqua activement. Florence y était réticente, puisqu'elle voulait continuer de s'occuper de ses enfants quotidiennement. Mais, elle accéda à l'entente dans un premier temps.

Ces bouleversements familiaux et thérapeutiques n'ont pas l'impact négatif anticipé sur Florence. Au contraire, les modifications du contexte thérapeutique, c'est-à-dire le départ de ses thérapeutes et leur remplacement temporaire par des soignants qui la connaissaient peu, pourraient ne pas être étrangères au fait que Florence ait pu prendre le contrôle de la situation. Car lors des discussions subséquentes concernant la nouvelle organisation de la vie familiale, elle fait valoir et accepter, finalement, ses idées et solutions. Elle propose, par exemple, un ré-aménagement de l'entente temporaire qui avait été établie à cet effet. Plutôt que d'aller vivre chez ses parents et de ne recevoir ses enfants qu'une fin de semaine à toute les deux semaines, elle demeurerait à son domicile durant la journée et s'occuperait des enfants et, au retour du conjoint de son travail, elle quitterait la maison pour passer la soirée et la nuit chez ses parents. Son conjoint accepte cette proposition qu'il veut temporaire.

L'objectif implicite de Florence est de reconquérir son mari. Toutefois, cet arrangement comporte pour Florence certains risques en raison de ses problèmes d'apathie qui se manifestent surtout le matin. De plus, la charge parentale est plus lourde qu'auparavant puisque sa fille, alors âgée de cinq ans, ne va plus à la garderie. Elle se rend à la maternelle une demi-journée et passe l'autre demi-journée à la maison. Cette situation suscitait déjà beaucoup d'inquiétude chez Florence qui ne s'estimait pas capable de bien s'occuper de sa fille. Elle en avait longuement discuté avec l'ergothérapeute au cours des mois précédents. L'arrangement proposé par Florence fonctionne et se maintient pendant plusieurs mois en dépit des anticipations d'échec de la patiente, des problèmes financiers du couple et de plusieurs autres projets de réorganisation familiale proposés par le conjoint mais qu'il n'a jamais pu mettre en oeuvre. Malgré son intention de se séparer, le conjoint de Florence ne quittera pas le domicile familial. Après quelques mois, les conjoints reprendront la vie commune normale.

En dépit des convictions des soignants que ces événements stressants conduiraient Florence à une rechute et à une nouvelle hospitalisation, celle-ci a, non seulement, réussi à maintenir son état psychiatrique stable et optimal, mais, elle a réussi à cheminer vers un meilleur fonctionnement. Elle a poursuivi son investissement dans le traitement qui lui était offert c'est-à-dire, son traitement au clozaril et ses rendez-vous avec son psychiatre et son infirmière. Les entrevues avec l'ergothérapeute, quant à elles, se sont poursuivies, pendant un certain temps, en alternance entre la clinique externe et le domicile, puis uniquement à la clinique externe par la suite: les interventions à domicile n'étaient plus nécessaires. Les contacts avec le service social, c'est-à-dire les travailleuses sociales remplaçantes, ont cessé après que l'entente portant sur le plan de réorganisation de la vie familiale ait été conclue. Par la suite, la patiente ne ressentait plus le besoin de services sociaux. Cela mit fin, de façon définitive, aux interventions du service social au niveau conjugal et familial.

Bien que Florence soit toujours suivie en psychiatrie, pour les besoins de cette étude, nous terminons son histoire psychiatrique à cette étape. En dépit de certains problèmes persistants au niveau de la mobilisation et de l'estime de soi, Florence se maintient dans un état stable et relativement satisfaisant. Elle assume ses responsabilités maternelles et familiales et elle est mieux intégrée socialement. Elle n'est jamais retournée au travail.

En résumé, en dépit du fait que Florence soit atteinte d'un trouble mental grave, elle a réussi, au contraire des deux autres patientes, à reprendre un fonctionnement plus autonome et à réintégrer son rôle maternel. Elle fut hospitalisée moins souvent et, sauf une exception, ses hospitalisations étaient d'une durée plus brève que celles de Danièle. Le cas de Florence présente certaines similarités avec celui de Danièle en ce qui concerne le potentiel d'amélioration perceptible au départ chez la patiente et le rôle attribué à la famille en tant que ressource. Les deux patientes n'avaient, au départ, aucun antécédent psychiatrique. Elles avaient été fonctionnelles jusque là et rien ne laissait présager, pour chacune d'elles, une telle évolution. Si Florence se distingue des deux autres patientes par la nature et l'issue de sa pathologie et par ses interactions avec sa famille, son cas se distingue aussi des deux autres par les interventions et les attitudes des soignants à l'égard de la patiente et de sa famille. Ceci est surtout notable en matière de directivité.

## **PARTIE II : ANALYSE DU CAS DE FLORENCE**

La deuxième partie de ce chapitre présente une analyse portant sur les différentes étapes du traitement de Florence et propose des explications aux différences observées entre les trois patientes. Aussi, dans la suite de ce chapitre, l'évolution du système familial est examinée en rapport avec l'évolution de la pathologie de la patiente et en rapport avec les interventions et les attitudes des soignants. Par la suite,

certaines étapes du traitement psychiatrique de Florence sont reprises, en examinant de plus près les perceptions et les comportements des soignants.

## 6.9 ÉVOLUTION DE LA PATIENTE ET INTERACTIONS AVEC SA FAMILLE

Le cas de Florence comporte des distinctions importantes par rapport aux deux premiers cas concernant la distance entre la patiente et sa famille immédiate et élargie et les réactions de la patiente à l'égard de cette distance. D'autres aspects problématiques, moins discutés jusqu'ici, émergent particulièrement des données de ce cas, notamment, l'attitude de déni des membres de la famille envers la pathologie de Florence et la dynamique familiale qui, en raison de la très forte interdépendance entre les membres de la famille, a pu, en elle-même, susciter des problèmes.

Lors des premières admissions de Florence à l'hôpital, les membres de sa famille ont réagi en niant qu'il puisse s'agir réellement d'une pathologie psychiatrique. À première vue, sa pathologie émergea de façon inattendue et inexplicée. Jusque là, Florence avait toujours été très performante à son travail ou dans ses études. Le début de son traitement psychiatrique s'amorça donc brusquement par deux admissions successives et très rapprochées à l'urgence psychiatrique, puis, par une hospitalisation d'une durée de trois semaines. Les symptômes de la patiente étaient sévères et aigus. Elle ne présentait pas de comportements tangibles d'agressivité envers elle-même et envers les autres mais, plutôt, des comportements bizarres que les membres de la famille avaient de la difficulté à comprendre. Ceux-ci n'avaient en effet jamais été confrontés à des troubles mentaux d'intensité psychotique comme ceux de Florence. Comme la patiente, ils refusèrent de reconnaître qu'il puisse s'agir d'une psychopathologie. Ils étaient d'avis que le problème était passager, ce qui les amena à supporter la patiente dans ses revendications de congé ou dans ses projets de retour au travail. L'apparition, apparemment subite, du trouble mental peut expliquer ces réactions de déni des membres de la famille.

La pathologie de Florence eut plusieurs impacts sur la dynamique familiale. Des changements se sont d'abord produits dans le fonctionnement du couple. Avant la naissance des enfants, Florence occupait un emploi à l'extérieur et son conjoint travaillait à domicile. La pathologie conduisit la patiente à son retrait du travail et, le conjoint, à son intégration au marché du travail. Confinée à la maison, Florence fut confrontée à son rôle maternel et aux tâches ménagères qu'elle se sentait incapable d'assumer pendant les premières années de sa maladie et qui, de plus, en comparaison avec son rôle de travailleuse, ne lui procuraient aucune valorisation. La dysfonction de Florence entraîna donc un important ré-aménagement des rôles pour chacun des conjoints. Ces observations rappellent la proposition, formulée dans le cas de Danièle (p.199), selon laquelle un *ré-aménagement des rôles familiaux* peut créer un déséquilibre dans le milieu familial et contribuer à l'élaboration ou à l'aggravation d'un conflit conjugal et d'un conflit familial.

Comme autre conséquence, le couple dût vivre un avortement et procéder à une contraception permanente. Malgré l'absence de données à cet effet, ces interventions ne furent probablement pas sans conséquence. De plus, le recours à un service de gardiennage pour les enfants et le coût onéreux de certains médicaments occasionnèrent des difficultés financières. D'où un besoin plus important de soutien de la part des membres de la famille élargie (parents, beaux-parents). De leur côté, ces derniers qui avaient déjà l'habitude de soutenir Florence et son conjoint, sur le plan financier et par de multiples autres formes d'aide, durent leur en fournir encore plus. Cela fut possible en raison du niveau de ressource élevé des membres de la famille élargie. Par ailleurs, cela eut un effet négatif sur la relation entre Florence et son conjoint car, non seulement la persistance de la pathologie, mais aussi, la présence constante des parents de Florence auprès du couple amenèrent le conjoint à vouloir se séparer de la patiente.

La persistance de la pathologie et les difficultés subséquentes de mobilisation pour Florence firent en sorte que les membres de la famille durent augmenter, de façon importante, leur contribution pour suppléer aux responsabilités de la patiente. Ils en vinrent même en dehors des épisodes les plus sévères de la maladie de Florence, à se substituer presque totalement à elle dans ses rôles familiaux. Par exemple, durant les périodes où la patiente n'était pas hospitalisée et que les enfants se trouvaient à la garderie cinq jours par semaine, les parents de Florence se présentaient tous les jours à son domicile pour y assumer des tâches ménagères alors que la patiente restait couchée. Les fins de semaine, Florence et sa famille se rendaient au chalet de ses parents. Ainsi, ces derniers devaient encore assumer plusieurs des tâches relatives aux soins des enfants et à la préparation des repas. Florence semblait avoir toujours besoin de ce répit. Au cours de la période qui précéda la séparation, le conjoint, qui devait demeurer en ville pour son travail, demanda à quelques reprises à Florence de rester avec lui. Mais en raison de sa crainte de ne pouvoir assumer sa charge parentale, elle préféra poursuivre ses visites hebdomadaires au chalet, s'assurant ainsi d'une aide constante au plan parental. Les parents de Florence, en raison d'un certain épuisement chez sa mère, ont d'eux-mêmes mis fin à ces visites hebdomadaires contribuant, ainsi, à ce que Florence développe ses ressources et son autonomie. Ces observations suggèrent que le milieu familial représenta un refuge où il fut possible pour Florence de se retirer de ses responsabilités maternelles, tout en demeurant auprès de ses enfants. Les histoires de Caroline et de Danièle avaient déjà fait ressortir le besoin des patientes de se distancer de leur rôle maternel et de trouver refuge à l'extérieur du milieu familial, le plus souvent à l'hôpital. Florence, quant à elle, a pu trouver du répit tout en demeurant à l'intérieur de sa famille par l'aide substitutive de son conjoint et des ses parents. Cela rappelle une proposition, formulée dans le cas de Caroline et modifiée dans le cas de Danièle (p. 226), proposant (H) que *devant le fait que les rôles familiaux-conjugal et maternel-comportent des exigences auxquelles les patientes ne se sentent pas aptes à répondre, le maintien de leur équilibre exige d'elles qu'elles se distancient de ces rôles mais dans une proximité leur permettant néanmoins d'en exercer une partie, dans des limites supportables pour elles*. Dans le cas de Florence, la substitution des rôles familiaux assumée par sa famille lui aurait

permis la distanciation, mais aussi, la proximité nécessaires à son équilibre. Cette situation représente une distinction importante des deux cas précédents et pourrait avoir contribué au fait que Florence ait réintégré son rôle maternel, une fois son état amélioré et stabilisé. Ces observations provenant du cas de Florence suggèrent que (H) *l'amélioration durable de la pathologie et du fonctionnement de la patiente, la substitution de ses responsabilités maternelles et familiales par les membres de sa famille et le maintien de sa présence auprès des enfants sont des conditions qui lui ont permis de réintégrer son rôle maternel.*

Un des faits particuliers de cette histoire est que la dynamique familiale, qui a permis la mise en place d'un milieu substitut et protecteur, s'est poursuivie au même niveau de mobilisation en dépit de l'amélioration de la patiente. Cette poursuite des comportements substitutifs des parents de Florence peut être associée à une problématique de dépendance de longue date entre la patiente et ses parents. Cela semble avoir contribué au maintien du dysfonctionnement de la patiente dans son rôle maternel. D'ailleurs, c'est lorsque ses parents ont pris une certaine distance en diminuant leurs visites au chalet ou au domicile de Florence et, qu'en même temps, son conjoint était moins disponible en raison de son travail, que cette dernière accepta de s'impliquer davantage auprès des enfants. Ainsi, cette substitution, prolongée au-delà du besoin réel, pourrait lui avoir permis d'éviter ses responsabilités maternelles et, du même coup, de se maintenir dans un état de dysfonctionnement. Ce phénomène présente certaines similarités avec ce qui avait été observé dans le cas de Danièle pour qui les hospitalisations prolongées lui permettaient de se maintenir à distance de son rôle maternel sans être réellement efficaces. En somme, ces observations suggèrent que (H) *tout en pouvant être un moyen d'aide, les moyens de substitution au rôle maternel, s'ils sont trop prolongés ou s'ils maintiennent trop à distance les responsabilités maternelles ou familiales, peuvent devenir un facteur restrictif à la reprise de ce rôle et contribuer au maintien de l'incapacité à l'assumer.*

En comparaison avec les deux autres cas, celui de Florence ne montre pas de lien direct entre l'état de la patiente et les réactions d'éloignement ou de rapprochement des membres de sa famille. Bien que l'on puisse observer un mouvement d'éloignement puis de rapprochement entre Florence et son conjoint, il se distingue des mouvements de même nature observés dans les cas de Caroline et de Danièle, i) par le fait qu'il s'est étendu sur une période beaucoup plus longue et que la fréquence des éloignements y fut beaucoup moindre et ii) par le fait que Florence, en maintenant un rapprochement, a réussi à éviter la séparation définitive. Cela peut s'expliquer, en partie, par la nature de la pathologie de Florence dont les fluctuations furent moins nombreuses que dans les cas de Caroline et de Danièle et par le niveau de ressource de la famille qui n'en était pas la "survie" au plan économique. En outre, à l'inverse des deux autres patientes, la séparation ne fut pas initiée par Florence et la patiente contribua plutôt à maintenir un rapprochement avec son conjoint. En somme, la fréquence et l'intensité des conflits conjugal et familial furent beaucoup moindres dans le cas de Florence que dans les deux autres. Cela suggère que (H) *la fréquence et l'intensité des conflits conjugaux et familiaux*

*ont un impact déterminant sur la fréquence des rapprochements et éloignements entre les patientes et leurs familles et sur leur vie conjugale.*

Le rôle qu'a joué la famille a pu représenter un certain paradoxe pour les soignants. D'un côté, la famille constituait une ressource précieuse qui a permis, entre autres, un soutien important ainsi que la mise en place d'un encadrement sécuritaire pour la patiente et ses enfants. Une des conséquences positive possible fut que les problèmes de fonctionnement de Florence découlant de son trouble mental n'ont pas entraîné de modifications importantes dans l'organisation de la vie des enfants. En d'autres termes, pour ces derniers, l'absence de leur mère a pu être compensée par le réseau stable établi depuis longtemps autour d'eux: leur père et leurs grands-parents maternels et paternels. Ces observations appuient la proposition formulée pour le cas de Danièle (p. 227) évoquant le *potentiel de stabilité et d'investissement* que représente *la famille élargie*. D'un autre côté, les interventions familiales ont eu un certain effet iatrogénique, celui d'encourager la famille à se substituer à la patiente. Cela a pu encourager, voire amplifier, la dynamique de dépendance déjà présente entre les membres de cette famille, en entretenant, entre la patiente et ses parents, cette même dynamique et, chez la patiente, sa passivité. D'ailleurs, la présence très importante des parents fut un des facteurs à l'origine de la séparation de Florence et de son conjoint. Aucune donnée ne permet de présumer que les conflits conjugal ou familial aient été latents. Mais, il est clair que la persistance de la maladie ainsi que le maintien des attitudes dépendantes et passives de la patiente ont provoqué ces conflits. Cela nous mène à la prochaine section où seront examinées et discutées les variables relatives au soignants et à leurs interventions.

#### **6.10 PERCEPTIONS, INVESTISSEMENT ET INTERVENTIONS DES SOIGNANTS**

Les cas de Caroline et de Danièle ont permis d'observer que les perceptions des soignants à l'égard des patientes ont un impact important sur la nature de leur investissement auprès d'elles. Le cas de Florence apporte un éclairage particulier sur une variable qui avait déjà été observée dans les autres cas, la directivité des soignants à l'égard de la patiente et, à certains moments, à l'égard des membres de la famille. Comme dans les chapitres précédents, les perceptions des soignants seront examinées en relation avec leur niveau d'investissement et de directivité à laquelle ils ont eu recours.

Dès la première admission de Florence, on observe chez les soignants et, particulièrement chez le psychiatre traitant, une forte mobilisation. Ce dernier soupçonna d'emblée une pathologie sévère et chronique en raison des symptômes psychotiques de la patiente. Dans un premier temps les soignants tentèrent d'évaluer, le plus complètement possible, la problématique de la patiente. Dès le début, ils eurent recours aux membres de la famille pour obtenir des informations. Le psychiatre de Florence paraissait préoccupé par l'état de la patiente et par la sécurité des enfants. En dépit des demandes de



congé de la patiente, il planifia de l'hospitaliser aux soins intensifs psychiatriques. C'est l'intervention du conjoint qui fit en sorte que le psychiatre accorda le congé, cependant, "contre avis médical". Dès les premiers contacts, le conjoint inspira donc suffisamment confiance pour amener le psychiatre traitant à modifier son orientation de traitement. À partir de ce moment, il devint le point de référence pour bon nombre des décisions concernant la patiente. On le plaça, en quelque sorte, en position d'allié des soignants.

Cette mobilisation importante du psychiatre traitant, dès la première admission, semble relever de son inquiétude quant à l'état de la patiente et, donc de sa perception de risque élevé associée à son état. Cette perception semble être à l'origine de sa sollicitation soutenue auprès du conjoint mais, aussi, de sa perception que la patiente ne pouvait elle-même fournir des informations fiables.

Au-delà du psychiatre, l'ensemble des soignants qui s'occupaient de Florence firent également preuve d'un investissement thérapeutique élevé. Cela se traduit par la mise en place d'un programme élaboré d'interventions, composé d'interventions individuelles, de couple et familiales et d'interventions en ergothérapie. À l'instar des deux autres cas de cette étude, en dépit d'un risque pressenti à l'égard des enfants, les soignants n'ont pas posé d'interventions spécifiques auprès d'eux. En effet, les enfants n'ont pas été rencontrés ou évalués directement. L'évaluation du risque pour les enfants s'appuya uniquement sur les propos et opinions du conjoint qui, à ce stade, ne reconnaissait pas le fait que Florence souffrait d'une pathologie. Florence bénéficia quand même d'une intervention rapide pour son rôle maternel. Cela n'est pas étranger au fait qu'elle avait elle-même demandé de l'aide sur ce plan. Dans les mois qui suivirent sa première hospitalisation, la patiente fut ainsi invitée à se joindre à une thérapie de groupe axée sur le rôle maternel s'adressant aux mères atteintes d'un trouble mental.

En somme, le niveau élevé de mobilisation et d'investissement des soignants, dès les premiers épisodes, paraît être fonction d'une perception de risque élevé liée à son état et au fait qu'elle ait des enfants. D'autres facteurs aidants sont le niveau d'investissement de la patiente qui, une fois suivie en externe, demande elle-même du soutien, son niveau élevé de fonctionnement antérieur, l'absence d'antécédents psychiatriques chez elle, l'existence d'un réseau familial possédant un niveau important de ressources et l'attitude de collaboration de la famille. Ces observations sont cohérentes avec ces propositions formulées dans le cas de Caroline (p. 114), (H) *que l'investissement des soignants et le niveau de leur mobilisation sont influencés par le niveau de risque perçu pour la patiente et pour les enfants* et (H) *que le niveau plus élevé d'investissement de la patiente et l'anticipation d'une ressource externe ont un impact sur l'investissement des soignants* et, aussi, avec celle formulée dans le cas de Danièle (p. 209) (H) *que l'espoir chez les soignants, étant donné la motivation et le potentiel apparents de la patiente, que leurs interventions puissent être éventuellement efficaces soit un des facteurs du maintien de leur investissement*. Au minimum, les observations notées ici ne permettent pas de rejeter ces propositions. Le tout pourrait être reformulé comme suit: (H) *que l'investissement*

*thérapeutique des soignants est induit par leur perception d'un bon potentiel d'amélioration et de l'efficacité de leurs interventions.*

### **6.10.1 Investissement de la patiente et investissement des soignants**

Comme les deux autres patientes, Florence éprouva, après quelques temps, de la difficulté à investir et à maintenir les interventions qui touchaient de façon particulière son rôle maternel et sa vie quotidienne. Il se produisit, dans une même période, une série d'événements pouvant expliquer son retrait. Florence commença à désinvestir après que l'on ait mis fin à la thérapie de groupe pour les mères souffrant de troubles mentaux, ce qui pourrait avoir suscité, chez-elle, un sentiment d'abandon. Caroline et Danièle avaient éprouvé ce genre de sentiment dans des contextes similaires. C'est aussi à cette période que Florence commença son emploi de coordonnatrice de nuit dans un centre de soins prolongés, qu'elle ne pourra poursuivre, d'où son deuxième échec au plan professionnel. De plus, l'état de Florence avait commencé à se détériorer en raison, entre autres, de son refus de son traitement pharmacologique. Elle était aussi devenue enceinte et avait dû se faire avorter. Cette série d'événements constitue, en somme, une combinaison de facteurs pouvant expliquer le désinvestissement de Florence à l'égard des interventions qui lui étaient proposées à cette période: l'éloignement du milieu thérapeutique qui, en raison de la fin d'un groupe, fut initié par les soignants, la détérioration de son état psychiatrique et les deuils reliés à un nouvel échec au plan professionnel et à l'avortement.

Le désinvestissement de Florence se manifesta par le refus de certaines interventions. Après son avortement, elle reprit ses rendez-vous avec la travailleuse sociale et avec son psychiatre, mais elle refusa la médication qui lui était proposée. Elle fut aussi réticente à reprendre son suivi en ergothérapie. Bien que les données ne permettent pas de conclure sur cet aspect, il est plausible de penser (H) *que le refus de la patiente de poursuivre ces interventions puisse, outre son déni de sa pathologie, être l'expression d'une colère sourde à l'égard des soignants* qui ont contribué fortement à mettre fin de façon définitive à son projet de maternité et qui la confrontaient constamment à sa pathologie. Contrairement à Danièle, Florence ne s'opposa pas ouvertement aux soignants ou, du moins, pas d'une façon agressive. Il est possible, aussi, que son comportement d'évitement à l'égard des interventions en ergothérapie soit le reflet d'un désir de s'éloigner d'une souffrance suscitée par la confrontation à ses difficultés à occuper son rôle de mère. Les rencontres avec l'ergothérapeute constituaient, en effet, un rappel de ses problèmes reliés à la maternité. En somme, à cette période, Florence était soumise à un ensemble d'interventions très confrontantes et elle aurait ainsi cherché à les éviter.

Les éléments de l'histoire de Florence portant sur la question de sa réintégration au travail fait ressortir un certain écart entre les perceptions de la patiente et celles des soignants quant à ses capacités de

travail. Alors qu'elle manifeste son intention de reprendre un emploi dans sa profession, l'ensemble des soignants, la jugeant non apte à reprendre un tel travail, adoptent une position différente, préconisant d'abord du bénévolat ou un autre type de travail. Cela fait l'objet de plusieurs discussions entre eux dans le cadre des entretiens. Florence en vient à se plier à l'opinion des soignants et à s'orienter vers le bénévolat qu'elle ne poursuivra pas par ailleurs. De plus, dans la suite de son histoire, elle ne retournera jamais au travail, s'en sentant incapable. Il est plausible de penser qu'un écart entre les perceptions de la patiente et celles des soignants puisse influencer leur niveau respectif d'investissement vis-à-vis l'orientation choisie. Et que, si l'orientation déterminée ne correspond pas à celle privilégiée par la patiente, cela pourrait influencer négativement sa capacité à l'investir.

Le cas de Florence permet de proposer des explications sur des motifs possibles de désinvestissement thérapeutique chez une mère atteinte d'un trouble mental, problème souvent signalé dans la littérature<sup>88</sup>. Outre les facteurs reliés à la détérioration de son état psychiatrique, son désaccord face aux interventions des soignants et la confrontation induite par ces interventions ont pu être à la source de son désinvestissement. De façon plus générale, il est proposé (H) *que l'intensité de la pathologie et du dysfonctionnement de la patiente, son degré d'accord vis-à-vis les interventions lequel est associé à la perspective d'objectifs et de solutions viables pour elle, le niveau de confrontation et d'exigences induits par les interventions influencent le niveau d'investissement de la patiente à l'égard des interventions*. Ces explications sont cohérentes avec la proposition qui avaient été formulée dans le cas de Caroline (p.111) et soutenue dans celui de Danièle (p. 229) relatives au niveau trop élevé de confrontation et d'exigences relevant des interventions ayant conduit à leur éloignement du système d'intervention et à la détérioration de leur état. Elles appuient de plus cette autre proposition provenant du cas de Danièle (p. 208): (H) *Une autre condition apparaît essentielle à l'investissement de la patiente et, conséquemment, à l'efficacité des interventions soit que la patiente doit avoir la capacité de répondre aux objectifs d'intervention, dans le cas présent, l'objectif principal étant de pouvoir assumer son rôle maternel, et de pouvoir assumer les solutions proposées. En d'autres termes, les objectifs et solutions doivent être légitimes pour la patiente*.

### 6.10.2 Contrôle et directivité chez les soignants

Contrairement à ce qui fut observé dans le cas de Caroline, l'on n'observe pas, chez les soignants de Florence, une réduction de leur investissement et de fréquentes réorientations des interventions. Comme dans le cas de Danièle, en dépit de la diminution de l'investissement de la patiente et du fait que son état n'évolue pas de façon favorable, l'investissement des soignants se maintient. Par ailleurs, le cas de Florence se distingue par le fait que, dans ce contexte, leur investissement se traduit dans un changement de stratégie: Ils continuent de se mobiliser mais deviennent plus directifs, et parfois

---

<sup>88</sup> Pour plus de détails, se référer au chapitre 1 à la section portant sur la problématique.

coercitifs, envers la patiente et ce, d'une façon durable. On remarque, en effet, à la différence des deux autres patientes, que les soignants de Florence usent beaucoup plus de leur pouvoir pour tenter d'influencer la patiente et sa famille. Cette section présente de nouvelles données pouvant expliquer ces comportements des soignants lesquels comportements seront mis en relation avec leur perception de risque élevé et leur perception défavorable à l'égard de la patiente. Ces données proviennent, plus spécifiquement, de la discussion de cas qui avait suivi l'annonce de la grossesse de Florence, portant sur les risques associés à la grossesse de la patiente et la solution envisagée, l'avortement. Cet épisode entourant la grossesse et l'avortement de Florence comporte des conditions de risque conduisant à la mobilisation des soignants et à la réorientation de leur stratégie et des conditions leur permettant d'avoir plus d'influence sur la patiente.

Lorsqu'elle annonce sa grossesse, Florence est dans un état plus fragile et elle évoque des idées suicidaires. Plusieurs facteurs amènent le psychiatre traitant à envisager un avortement. D'un côté, l'état de la patiente se détériore et l'absence d'une évolution satisfaisante pousse le psychiatre à soupçonner une pathologie plus sévère que celle diagnostiquée jusque là, soit la schizophrénie. De plus, en début de grossesse, la patiente a pris des médicaments ce qui constitue un risque à l'intégrité physique du fœtus. D'un autre côté, les soignants ont l'impression que le conjoint de la patiente est en désaccord avec cette grossesse et qu'il pourrait être en faveur d'un avortement. Dans ces circonstances, le conjoint représenterait un allié potentiel pour eux.

La question de proposer ou non un avortement thérapeutique est longuement discutée en réunion d'équipe. Bien qu'ils soient convaincus que l'avortement thérapeutique est la meilleure solution, les soignants considèrent que le sujet est difficile à aborder avec la patiente. D'une part, elle n'est toujours pas informée de son diagnostic de schizophrénie et, d'autre part, l'on craint, si on l'en informe, une augmentation de ses tendances suicidaires. En raison de ce risque suicidaire, le psychiatre traitant propose d'annoncer le diagnostic au conjoint seulement, qui se chargerait par la suite de convaincre la patiente de se faire avorter. Les autres soignants sont en désaccord avec le fait que la patiente ne soit pas la première informée de son diagnostic. Aussi, après cette longue discussion, il est proposé d'annoncer le diagnostic en même temps à la patiente et à son conjoint et, ensuite, de leur proposer un avortement que le diagnostic justifierait. Le psychiatre traitant n'adhère pas totalement à cette proposition. Au cours de cette discussion, il exprime l'avis qu'en dépit de sa pathologie, la patiente est apte à consentir à l'avortement et qu'il ne pourrait donc la contraindre à cette intervention si elle s'y oppose. Dans un tel contexte, il est, selon lui, d'autant plus important de convaincre le conjoint de la nécessité d'un avortement thérapeutique.

Quelques extraits de cette discussion sont présentés ici. Le premier extrait met en évidence le processus de réflexion en groupe où tous les soignants—c'est-à-dire les trois psychiatres de l'équipe (Psy1 et Psy2), dont le psychiatre traitant(psy), l'infirmière de la clinique externe (Inf), la travailleuse

sociale (Ts) et les deux ergothérapeutes (Eg1 et Eg2) qui dirigeaient le groupe pour les mères souffrant de troubles mentaux- rejoignent une même conception de la patiente, selon laquelle, elle est jugée responsable de la grossesse et le conjoint en est une victime.

*Psyt: ... Mme... est enceinte...*

*Les autres membres de l'équipe réagissent avec étonnement et se mettent à rire.*

*Psyt: ... Le mari, j'n'pense pas qu'il voulait tellement...*

*Psy1: ... Elle lui a joué un tour?...*

*Psyt: ... Nous avons eu une entrevue de couple... Et nous essayions, essayions essayions de discuter et je trouvais que madame était un peu différente dans cette entrevue-là des autres entrevues que j'avais eu avec elle auparavant... On dirait qu'elle était plus... affirmative à quelque part... Puis monsieur était complice de tout ça... Puis là elle a fait un sourire ...*

*Ts: ... Elle a dit: "il y a quelque-chose que je devrais vous dire"... Depuis le début j'la trouvais plus ronde de figure...*

*Psyt: ..J'm'retenais pour ne pas rire, j'regardais monsieur...*

*Ts: ... Moi j'ai pas osé le regarder...*

*Ts: ... Toi [au psychiatre traitant] tu l'voyais pas très bien, il était assis de profil .. Il avait l'air en maudit... L'air tout croche ... Il a dit que ce n'était pas planifié du tout du tout puis euh... Il avait vérifié [condom]... Il était supposé être correct, il a déchiré...*

*Eg1: ... Ah c'est pas parce qu'elle l'a planifiée [grossesse] de son côté, c'est un accident...*

*Psyt: ... Oh, oh! (Montre son doute vis-à-vis le commentaire de eg1*

*Ts: ... Non, non!, ...*

*Eg2: ... Tu parlais tantôt qu'elle avait arrêté ses médicaments... J'm'demande si c'est pas tout ça mis ensemble ... À quelque part, elle le planifiait...*

*Ts: ... Elle!, Oui! Je pense...*

*Psyt: ... Il y a accident et accident!...*

*Md1: ... Tu penses qu'il y a sabotage?...*

*Psyt: ... Moi à quelque part, je suis persuadé que c'était très désiré cette grossesse-là parce qu'elle avait dit qu'elle prenait plus ou moins régulièrement son haldol ... Elle avait commencé à travailler de toute façon ... Puis elle avouait finalement ... À cause de ses horaires modifiés elle sautait des doses...*

*Ts: ... Ce que le mari a confirmé ...*

*Psyt: ... C'est ça... Puis finalement je pense que le tout était plus ou moins planifié... Alors j'ai dit: "écoutez, vous ne me laissez pas le choix... Même si vous dites que vous les preniez plus ou moins... Effet de la médication (risques) ... Enceinte de huit semaines...*

*Ts: ... Moi je pense que ça correspond au moment où madame a recommencé à travailler ... J'pense que cette personne-là se sent incapable de travailler mais elle ne veut pas le reconnaître... Elle est toujours à pousser ... Reconnaître qu'elle n'est pas capable de travailler, pour elle, c'est un échec... Elle ne se voit pas comme ça, elle ne se voit pas non plus dire ça à son mari... Alors moi je pense qu'un des bons moyens pour ne pas travailler, c'est d'être enceinte... Et ça ressemble encore ... Parce qu'elle n'a pas travaillé pendant et entre ses grossesses... Alors c'est depuis avant sa première grossesse (qu'elle n'a pas travaillé)... Puis il y a eu l'échec l'an passé... Son travail de coordonnatrice à 2 nuits par semaine, c'est exigeant...*

*Psyt: ..Puis elle nous raconte des histoires parce que ... À ce centre d'accueil, ce sont des handicapés qui sont là ... Très hypothéqués et potentiellement violents ... Je pense qu'à la base il y a beaucoup plus quelque-chose de schizophrénique là-dedans ...*

*Eg1: ... Aussi quand elle est retournée travailler et qu'elle avait été hospitalisée, elle venait d'arrêter d'allaiter... Il me semble qu'elle allaitait longtemps... Jusqu'à 15 mois?...*

*Psyt: ..Oui, oui...*

Eg2: ... On avait abordé avec elle... Est-ce que vous croyez que votre famille est complétée?... En théorie: oui!... Mais on sentait bien qu'en dessous de ça, il y avait plein de choses qui n'avaient pas été travaillées...

Ts: ... C'est le beau-père qui les fait vivre en leur donnant \$1000. Par mois... Là lui [mari] il a commencé à travailler mais il a un travail de vendeur... Il travaille six jours par semaine puis c'est pire l'été parce que les gens sont en vacances ... C'est lui qui s'en [enfants] occupe ... Quand il arrive souvent, c'est lui qui fait la lessive... Pour être sûr que les choses soient faites, c'est lui qui s'en occupe... Il ne peut pas se fier qu'elle va vraiment les faire, il faut qu'il lui dise de faire les choses... .

... .. (Vers la fin de la discussion)

Psyt: ... J'ai l'impression qu'elle va maintenir sa ligne (poursuivre sa grossesse)... Qu'à quelque part le mari va embarquer là-dedans... J'n'sais pas si ce sont mes propres projections... Je pense qu'elle va maintenir sa ligne... (Extraits, Discussion de cas, Equipe, 27.08.90)

Le prochain extrait montre la préoccupation des soignants quant aux risques associés à une nouvelle maternité et du risque suicidaire qui pourrait suivre l'annonce du diagnostic de schizophrénie. De plus, il met en évidence le jugement défavorable des soignants à l'égard de la patiente:

Psyt: ... Une chose qui est certaine par exemple... C'est qu'il y a quelque temps encore, je la trouvais relativement suicidaire... Maintenant je ne pense pas... À moins que le mari serre la vis... Et parle d'avortement ...

Ts: ... J'l'sais pas ce qu'il [conjoint] va faire... Ils en ont parlé... C'est pour ça qu'on leur a dit qu'on les verrait... On les revoit dès cette semaine... Ils l'avaient soulevé entre eux... Elle, parce qu'elle a pris des médicaments, pas pour d'autres raisons... Et lui, parce que ... Pour cette raison-là bien sûr mais aussi c'est vraiment pas planifié...

Psyt: ... À aucun moment elle invoque le fait qu'elle ait été malade?..

Ts: ... Non... Elle nie ...

Eg1: ... Elle nous avait parlé au cours de la première entrevue de certaines habitudes qu'elle avait au cours de ses grossesses ... Des obsessions...

Eg2: ... Oui...

Eg1: ... Obsessions qu'elle pouvait avoir face à l'enfant qui était très très très investi... Puis c'était des préoccupations du genre de ne pas faire de bruit pour ne pas déranger l'enfant dans son ventre... dont le séchoir qui était trop bruyant ...

Eg2: ... Plein de mécanismes qui étaient installés ... Sur un mode compulsif...

Eg1: ... Ne voyait pas cela comme si exagéré...

Eg2: ... Elle n'a jamais été critique par rapport à tout ça de toute façon ... Avec nous autres ..T'as l'impression qu'il faut toujours qu'elle soit dans des situations où elle se casse la "gueule"... Pour finalement ... Je sais pas ... J'pense qu'elle se trouverait toujours des raisons, des prétextes ... . Quand il a été question qu'elle travaille ... Cinq jours par semaine... Les enfants n'avaient jamais été en garderie, ils iraient en garderie... Le mari travaillerait de soir... C'était fou!, Ça s'peut pas!...

Psyt: ... Jusqu'à la grossesse, c'était ça ses projets...

Eg2: ... Oui! Ça va régler temporairement certains problèmes... Mais ça va en annoncer d'autres beaucoup!... Pauvre bébé!...

Psyl: ... Si elle n'est pas d'accord que se faire avorter c'est la meilleure solution, imagines-toi comment elle va être suicidaire...

*Psyt: ... Jusqu'à maintenant je ne lui ai pas dit qu'elle était schizophrène... Parce que je suis persuadé qu'il se passerait la même chose qu'il s'est passé avec une des patientes du dr... Elle partirait du bureau et elle irait directement se jeter en bas du pont... Si jamais j'lui annonce ça, c'est en haut [service interne]... Ça c'est clair comme de l'eau de roche...*

*Psy1: ... En même temps c'est le moment de lui dire...*

*Psyt: ... Il faudra l'hospitaliser contre son gré à ce moment-là...*

*Psy1: ... C'est embêtant... Le problème c'est comment l'hospitaliser à ce stade-ci ?...*

*Psyt: ... Elle est inhospitalisable... (Extraits, Discussion de cas, Équipe, 27.08.90)*

Puis les soignants discutent de la stratégie à suivre pour annoncer le diagnostic et proposer l'avortement. Ce prochain extrait met en évidence la difficulté d'en arriver à un consensus dans une situation considérée à risque par les soignants.

*Ts: ... [Au psychiatre traitant] la question de l'avortement, est-ce qu'on y va? Est-ce qu'on en parle?...*

*Psy1: ... Y-a-t-il risque de décompensation puisqu'elle ne prend pas sa médication?...*

*Psyt: ... Non à .5 d'haldol... C'est minime...*

*Psy2: ... Le mari? Lui est-il au courant du diagnostic? ...*

*Eg1: ... Le mari pense-t-il à l'avortement?*

*Ts: ... Quand j'ai vu le mari, j'ai vu qu'il avait pensé à l'avortement... Il n'arrêtait pas de dire: "c'était loin d'être planifié, ça arrive à un bien mauvais moment" .. Alors j'lui ai demandé: "avez-vous pensé à un avortement?... Il a dit: "oui"... C'est là qu'elle a sauté sur la question des médicaments... Alors je leur ai dit: "je pense que c'est beaucoup pour vous autres actuellement de vous laisser tout seul avec ça, on peut peut-être vous voir rapidement" ... Le temps file hein... S'il y a un avortement à faire, il faut faire vite...*

*Eg1: ... Mais elle, elle n'a pas réagi en disant: "ah non, non, je ne peux me faire avorter?"...*

*Ts: ... Non... Tu voyais... J'pense que le mari y pense sérieusement... C'est lui qui a le dernier mot à dire...*

*Psy1: ... Je trouve ça incroyable qu'il ne fasse juste qu'y penser ... J'l'trouve un peu mou là-dedans... Dès la première annonce...*

*Eg2: ... Ils ont attendu pour l'annoncer...*

*Psy1: ... Mais il est mou!...*

*Ts: ... Oui mais il pense toujours qu'elle va s'en sortir, que c'est une dépression...*

*Psy2: ... Le mari.. Il doit le savoir clairement ... Que dans les prochaines années ... Les chances que cette femme-là soit une mère responsable... Quand on connaît l'impact de la maladie..*

*Ts: ... C'est pour ça, qu'on n'a pas le choix de lui dire... Ça l'aiderait... à prendre la décision probablement...*

*Psyt: ... Dans un premier temps, il faudrait l'dire au mari...*

*Ts: ... Quand même que lui le saurait... Si lui le sait, il ne pourra pas plus forcer sa femme si elle ne le veut pas...*

*Psy1: ... Il faudrait qu'il ait une position plus ferme, lui...*

*Psyt: ... En fait, on n'a très peu d'argument pour invoquer l'avortement contre le gré de la patiente... À l'heure actuelle... Les seules choses qu'on peut faire... En fait d'essayer dans l'entrevue de demain d'interpréter le pourquoi de la grossesse... Puis éventuellement rencontrer le mari seul...*

*Psy1: ... Imagine dans quelque années... Elle pourrait revenir [poursuite judiciaire]...*

- Eg1: ... Oui, il me semble qu'elle doit être informée...
- Psyt: ... [réponse à l'idée de la poursuite judiciaire] Non parce qu'on a de très bons arguments ... On ne pourrait pas se brancher de façon catégorique ... N'importe quel juge accepterait notre argument...
- Psyl: ... Quand on a des soupçons ou dans des circonstances comme celles-là, j'suis bien d'accord que s'il n'y avait pas cette grossesse-là, on pourrait attendre avant de l'informer ...
- Psyt: ... On peut lui dire ce qu'on pense mais on ne peut lui dire avec certitude ... Avec une probabilité...
- Psyl: ... Mais dans l'fond, c'est toujours ça... Des diagnostics en psychiatrie ...
- Psyt: ... Il y en a qui sont plus clairs que ça...
- Psy 1: ... Oui il y en a qui sont plus clairs mais même à ça ... On n'a pas l'assurance de quelqu'un qui a le diabète...
- Eg1: ... Informer les deux au moins... .
- Ts: ... Oui, on doit lui [patiente] dire très clairement... À ce moment-là c'est elle qui doit porter la décision... S'il arrive quelque-chose, on pourra lui dire très clairement...
- Psyt: ... Mais moi j'l'dirais au mari d'abord... Il faudrait que j'l'rencontre seul...
- Eg2: ... Moi j'm'demande ce qu'il va faire avec ça l'mari... Est-ce qu'il va devenir plus tranchant au niveau du couple ou y va perdre les pédales?... J'l'connais pas comme personnalité mais il se fait entretenir par les deux parents...
- Ts: ... Ce sont des gens qui discutent ensemble tous les jours... Il va vouloir que sa femme le sache...
- Psy 2: ... Ça s'peut pas qu'il s'doute pas de la gravité des choses...
- Eg2: ... Souvent les gens de l'environnement immédiat ne voient pas ça... .
- Psyl: ... Les deux ensemble pourraient être rencontrés et il faudrait qu'il [conjoint] soit informé des conséquences possibles, de la surveiller de près dans les prochains jours et que s'il est inquiet, de la ramener immédiatement à l'hôpital... Parce que c'est un moment crucial... Moi j'informerais les deux en même temps... Ou peut-être lui en premier puis après les deux ensemble...
- Psyt: ... J'informerais le mari en premier...
- Psy 1: ... Le mari en premier, puis après ça les deux ensemble? ...
- Ts: ... Il ne pourra pas garder ça juste pour lui ... J'l'verrais pas lui annoncer à sa femme son diagnostic...
- Eg2: ... C'est pas dans ce cas-là que c'est pas le mari qui a accompagné sa femme à l'urgence, mais que c'est le beau-père ou le père? ... Ça m'avait étonné...
- Psyt: ... C'est l'père ... Bizarre...
- Eg2: ... Comment ça s'fait que ce n'était pas le mari?...
- Ts: ... Le mari gardait les enfants à la maison... Le père est venu avec sa fille à l'urgence...
- Eg2: ... Le père aurait pu rester avec les enfants et le mari accompagner sa femme... Pour voir comment lui il joue avec ça...
- Psyl: ... Est-ce qu'il a de l'influence le père?...
- Inf: ... Il n'y a pas un problème de confidentialité en informant seulement le mari?...
- Psyt: ... J'pense qu'on est justifié enfin!... (Silence) j'l ferais quand même. On est proche de ce qu'on peut appeler une situation d'urgence...
- Psyl: ... Mais moi j'l'fais aussi quand je suis sur le point de l'annoncer à la personne... Mais ça m'est jamais arrivé de le faire en l'annonçant à la famille avant de l'annoncer au patient ...
- Ts: ... Mais toi d..[au psychiatre traitant]... T'as un horaire chargé...
- Psyt: ... C'est une situation d'urgence, j'vais m'organiser pour la régler ... On va voir comment va évoluer la situation demain à l'entrevue... D'une façon ou d'une autre ... J'vais demander à ce que monsieur soit rencontré ...
- Psy 1: ... Tu prévois une deuxième rencontre avec la patiente?...



*Pas de réponse claire du psychiatre traitant. (Extraits, Discussion de cas, Équipe, 27.08.90)*

La discussion se poursuit en évoquant la possibilité d'intervenir auprès des parents de la patiente, qui pourraient avoir une certaine influence sur elle:

*Ts: ... J pense qu'il va falloir aussi voir les parents... Ils sont tellement près du couple ... . Les parents de monsieur aussi le sont car ils gardent les enfants à l'occasion... Comme parents, apprendre que leur fille est atteinte de schizophrénie..*

*Eg1: ... Le père risque de réagir...*

*Psy 2: ... Ils risquent d'avoir plus de responsabilités ...*

*Ts: ... Oui...*

*Md1: ... Ça les concerne drôlement... Car ils vont se retrouver avec plus de charge...*

*Psyt: ... Mais ça les concerne drôlement... Il faut faire attention parce que la fille est quand même majeure...*

*Psyl: ... Elle est majeure mais on ne peut se fier sur ses décisions...*

*Psyt: ... Dans ce genre de situation, il y a beaucoup de facteurs... .*

*Ts: ... Ce que je voulais dire c'est que ... Il faut penser à intervenir aussi à ce niveau-là parce qu'ils sont très présents... Elle [patiente] est toujours là (au chalet)... Ils gardent leurs enfants.. Ils donnent \$1, 000.00 et plus par mois depuis longtemps... Il y a une fusion au niveau familial qu'il faut traiter...*

*Eg1: ... On ne sait pas tous les messages qui sont passés par ces parents ?...*

... ..

*Ts: ... Non j'vois ça comme ... Ils peuvent aider au niveau de la décision que le couple aura à prendre ... Parce que si monsieur force madame, elle peut se tourner vers papa, maman ...*

*Psyt: (ton sarcastique) ... Et le père a du potentiel ...*

*Ts: ... C'est pour ça qu'elle veut tellement retourner travailler... La déception qu'elle va causer à son père... De voir qu'elle n'est pas comme il l'imagine... Il y a quelque-chose à travailler là... Dans cette génération là...*

(Extraits, discussion de cas, Équipe, 27.08.90)

Au cours de cette discussion, une perception défavorable de la patiente s'élabore graduellement et semble se communiquer au sein du groupe de soignants. Cette perception est fondée sur le fait que l'on pensait qu'elle avait planifié cette grossesse, sans l'accord de son conjoint, pour fuir ses responsabilités. Certains éprouvaient de la difficulté à lui faire confiance, ce qui les amenaient à se référer uniquement à son conjoint ou à d'autres membres de la famille, allant même jusqu'à exclure la patiente du processus décisionnel la concernant. Cette attitude semble fondée sur leur perception que le jugement de la patiente est altéré par la maladie mais, aussi, sur leur conviction que Florence s'opposera à leur proposition d'avortement. Il se dégage aussi des données que la perception défavorable des soignants à l'égard de la patiente les conduit à l'élaboration d'une stratégie qui implique son conjoint et ses parents et qui vise à contrer les intentions présumées de la patiente. Les soignants présumèrent, en effet, que Florence ne consentirait pas à l'avortement et qu'elle pourrait

manipuler son conjoint pour arriver à le convaincre de garder l'enfant. Toutefois, cette perception défavorable demeura subjective et ne fut pas vérifiée réellement auprès de la patiente et de son conjoint. Ces données rappellent les propos de certains auteurs<sup>89</sup> quant aux dangers de transmission entre les soignants de perceptions négatives concernant les membres de familles dysfonctionnelles.

Pour plusieurs des situations problématiques examinées dans l'histoire psychiatrique de Florence–grossesse, refus de prendre les médicaments, projets de retour au travail–il semblait difficile pour les soignants d'associer les résistances de la patiente ou même ses comportements opposants à des émotions telles la peur ou la colère ou, encore, d'y voir une manifestation tacite d'une souffrance ou d'une difficulté. Cela pourrait expliquer l'absence de manifestation d'empathie à son égard. Les comportements de Florence semblaient plutôt être perçus comme un non sens et comme une intention de sa part de ne pas collaborer. Lorsqu'elle se trouvait dans un état aigu de pathologie ou encore lorsqu'elle manifestait clairement ses résistances ou son opposition, les notes au dossier et les discussions de cas laissaient transparaître un jugement sévère de la part des soignants à son égard et, même, envers son conjoint. Ces propos tenus à l'égard du conjoint, lors de la discussion de cas concernant l'avortement, en sont un exemple: “ ... *Je trouve ça incroyable qu'il ne fasse juste qu'y penser ... J'l'trouve un peu mou là-dedans..* ” de même que ceux-ci tenus à l'égard de la patiente: “ ... *Il y a accident et accident!... / ... Tu penses qu'il y a sabotage?... / ... Moi à quelque part, je suis persuadé que c'était très désiré cette grossesse-là...* ”. Par ailleurs, une des soignantes expliqua l'absence de réaction du conjoint à la grossesse de sa femme par son manque d'information sur l'état de cette dernière: “ ... *Oui mais il pense toujours qu'elle va s'en sortir, que c'est une dépression...* ”. Cela rappelle une situation similaire, observée dans le cas de Caroline, où l'on trouvait une différence dans les explications des troubles du comportement de la patiente du psychiatre traitant, qui y voyait de la “manipulation”, alors que le celui qui l'avait remplacé les expliquait par sa “douleur intérieure”.

De la même façon, un questionnement se pose quant à l'absence de notes au dossier médical, suivant l'épisode de l'avortement et de la contraception de Florence, sur ses réactions et celles de son conjoint à ces événements. On ne trouve non plus au dossier aucune mention d'un retour qui aurait pu être fait par les soignants, dans le cadre thérapeutique, sur les pertes reliées à ces événements. Cela ne confirme pas le fait que ce sujet n'ait pas été discuté. La suite de l'histoire montre que l'absence de réactions tangibles de la patiente à l'avortement n'était pas significative d'une insensibilité de sa part à cette situation. Florence y réagira beaucoup plus tard. Ce n'est, en effet, que quatre mois plus tard, lors de la quatrième hospitalisation alors qu'elle est retombée dans un état psychotique, que Florence exprimera à travers son discours délirant sa conviction qu'elle est de nouveau enceinte. Lorsque l'on considère la fragilité voire l'absence de défenses psychologiques inhérentes à un état psychotique, il est possible que le matériel réactionnel aux pertes subies lors de l'avortement ait émergé seulement

---

<sup>89</sup> Voir Molinat et Toubin, 1996; Sharlin et Shamai, 2000; St-André, 1996.

à ce moment. On ne trouve, dans les données couvrant cette décompensation, aucun indice d'un travail thérapeutique ou de clarification à cet égard. Les seules données disponibles à cet effet—la discussion de cas précédant l'avortement—suggèrent que la perspective d'une grossesse et de la naissance d'un enfant, qui serait exposé à des risques graves, suscitait de telles craintes chez les soignants qu'il leur fallait influencer la patiente et son conjoint en vue de modifier le cours des événements, sans égard à ce que ces derniers pouvaient vivre à travers ces événements. Il fut souligné précédemment que la perception d'un risque élevé pour la patiente et ses enfants était un des facteurs inductifs du niveau élevé de mobilisation et d'investissement auprès de la patiente et de sa famille, dès le début de son suivi. Depuis l'épisode de la grossesse et de l'avortement de Florence, il apparaît que ce sont principalement les craintes des soignants à l'égard du risque suicidaire de la patiente et des conséquences qui pourraient s'ensuivre pour les enfants, qui orientent les interventions s'adressant à la patiente.

En résumé, l'état de mobilisation élevée observé chez les soignants depuis l'annonce de la grossesse, induit en grande partie par un sentiment de crainte chez les soignants à l'égard des réactions suicidaires possibles de la patiente et du risque auquel l'enfant à venir serait exposé, s'est traduit par un besoin d'intervenir rapidement et massivement. Cela rappelle aussi la proposition formulée au chapitre relatant l'histoire de Caroline (p. 114) (H) *que la perception d'un risque élevé pour la patiente et ses enfants conduit à une augmentation de la mobilisation des soignants et à un changement d'orientation de leurs interventions en vue de leur protection*. Cet épisode de l'histoire de Florence a mis en lumière la tendance chez les soignants à développer une perception défavorable à l'égard de la patiente et du conjoint et leur difficulté à prendre en compte les sentiments de ces derniers à l'égard d'événements qu'ils auraient pu avoir vécu de façon traumatique. Ces données suggèrent la proposition suivante: (H) *qu'une perception défavorable de la patiente, fondée sur ses comportements de non conformité ou sur la perception qu'elle n'a pas le potentiel ou qu'elle est inapte à prendre une décision adéquate, alors que l'on perçoit un risque élevé associé à son état, peut amener les soignants à adopter des stratégies visant à influencer la patiente et sa famille, pour qu'ils adhèrent au traitement proposé, ainsi qu'une attitude de directivité*. Cette proposition en rappelle d'autres formulées dans le cas de Caroline: celle (p. 122) dans laquelle *la perception d'un risque élevé associée à l'état de la patiente* était un facteur pouvant expliquer *un niveau plus élevé de directivité chez les soignants*; et celle (p. 113) proposant (H) *que la prise en compte par les soignants des besoins et sentiments exprimés par la patiente est fonction de leur perception de l'état de souffrance et de besoin de la patiente; ces variables influençant aussi leur niveau d'investissement ainsi que la prise en compte des facteurs familiaux dans le traitement de la patiente*.

L'attitude de directivité des soignants à l'égard de Florence n'est pas étrangère au fait qu'ils cherchent à influencer son conjoint et ses parents, en les informant de son diagnostic et de son pronostic. Comme si la seule façon d'atteindre l'objectif visé passait par ce rapport d'influence entre les soignants et la

famille de Florence, puis, entre la famille et la patiente. Ce serait, ainsi, la seule façon de rendre l'intervention efficace. Ces observations suggèrent (H) *que l'efficacité des interventions passe par la capacité des soignants d'influencer la patiente, ce rapport d'influence passant par une alliance avec la famille.*

Cette attitude est très différente de celle du psychiatre de Caroline. Cette différence entre les deux psychiatres pourrait s'expliquer par leurs caractéristiques personnelles sur lesquelles il n'y a pas de données disponibles. Elle peut s'expliquer aussi par le fait que la famille de Florence, à l'opposé de celles Caroline et de Danièle, acceptait, dans une certaine limite, l'influence des soignants. Cette possibilité pour les soignants d'utiliser leur pouvoir d'influence auprès des membres de la famille a pu susciter chez eux l'espoir que leurs interventions seraient éventuellement efficaces. Cela permet de proposer (H) *que la possibilité d'utiliser leur pouvoir d'influence induit, chez les soignants, le sentiment que leurs interventions, le cas échéant, peuvent être efficaces et donc la perception de l'efficacité de leurs interventions et constitue, ainsi un des facteurs contribuant à maintenir un niveau élevé de mobilisation et d'investissement envers la patiente et sa famille.* En somme, le pouvoir d'influence des soignants auprès de la patiente et de la famille s'ajoute à ces autres facteurs observés dans le cas de Danièle (pp. 212 et 229) –la perception de potentiel et de motivation chez la patiente et la perspective d'une solution viable, en l'occurrence, la possibilité de recourir à un traitement pharmacologique–comme facteurs inductifs de la perception chez les soignants de l'efficacité de leurs interventions et d'un investissement élevé envers les patientes. Cette proposition rappelle certains éléments de la définition du pouvoir tel que proposé par Côté, Bélanger et Jacques (1994), soit que le pouvoir détermine pour l'individu la possibilité d'agir et, pour les organisations, l'efficacité des interactions. Aussi, parmi les formes de pouvoir identifiées par Fortin (1991, 1982), se trouve le pouvoir lié à l'information et la compétence, dont sont tributaires les intervenants en santé. Il comprend le pouvoir d'expert, fondé sur la réputation de compétence et d'expérience, et le pouvoir d'information, fondé sur l'accès à des informations qui peuvent constituer une source importante de pouvoir sur autrui mais qui permettent aussi les décisions. L'exercice de ces deux formes de pouvoirs implique le consentement des personnes soumises à ces pouvoirs<sup>90</sup>.

Des différences ressortent entre les cas de Caroline et de Florence concernant le niveau d'investissement des soignants en relation avec les réactions insatisfaisantes ou non conformistes des patientes. Comme il fut souligné précédemment, les soignants de Florence, à l'opposé de ceux qui s'occupaient de Caroline, maintiennent un niveau élevé de mobilisation et d'investissement en dépit des réponses insatisfaisantes de la patiente. Il avait été proposé, dans le cas de Caroline (p. 96), (H) *que des réactions insatisfaisantes de la patiente au traitement proposé, lorsqu'elles se produisent d'une façon répétitive, induisent soit une réduction de l'investissement des soignants, sa non*

---

<sup>90</sup> Au besoin, se référer à la section portant sur le pouvoir au chapitre I

*augmentation ou leur désinvestissement, d'où de fréquentes réorientations de traitement.* Ce que le cas de Florence ne supporte pas. Les réactions insatisfaisantes de Florence s'accompagnent plutôt d'un niveau croissant de mobilisation, de contrôle et de directivité chez les soignants.

Il avait été proposé, dans le cas de Caroline (p. 122), que des facteurs organisationnels, tels le contexte d'hospitalisation et l'obligation d'efficacité administrative associée à ce contexte, pouvaient expliquer un niveau plus élevé de directivité chez les soignants. Ces variables sont aussi présentes dans le cas de Florence. Bien qu'ils puissent avoir une influence non négligeable, ces facteurs ne sont pas les seuls, ni les plus importants, agissant sur le niveau de directivité des soignants.

#### 6.10.2.1 Contrôle et directivité de la part des soignants: impacts sur la patiente et sa famille

Les événements entourant la troisième hospitalisation de Florence ont donné lieu à des interventions empreintes d'un niveau élevé de directivité, voire de coercition, et de contrôle de la part des soignants. Cette situation en fait aussi ressortir des conséquences pour la patiente et sa famille. La description des événements entourant cette hospitalisation et l'organisation du retour à domicile de la patiente est présentée ici. Cet épisode comporte des interventions centrées sur ce qui est perçu par les soignants comme des situations d'urgence ou de risque conduisant à l'imposition d'une médication, à la perspective de procédures judiciaires et à un encadrement très serré mis en place pour le congé de Florence.

Depuis sa grossesse, Florence refuse toute médication. Elle redevient psychotique ce qui nécessite une hospitalisation "contre son gré" aux soins intensifs. Jugeant que la patiente est inapte à consentir au traitement, le docteur Vincent envisage de recourir à des procédures judiciaires afin de l'obliger à se soumettre au traitement. Dans les notes suivantes, le psychiatre traitant met l'accent sur les comportements de la patiente qui justifient, à ses yeux, "une requête auprès du tribunal:

... Contacterons le conjoint... Hospitalisation contre son gré à court terme ... . (Dossier médical, psychiatre traitant, CE, 28.01.91)

... .Mise en cure fermée ... Demandons hospitalisation aux soins intensifs et début de stélazine ... Patiente refuse alimentation et médicaments... Patiente dangereuse pour elle-même ... . (Dossier médical, psychiatre traitant, HÔP, 31.01.91)

... Cette patiente de toute évidence et en accord avec le conjoint est incapable de par son déni psychotique de refuser au consentement aux soins ... Devrons procéder à curatelle et requête auprès du tribunal (cc. 19.2 et 19.4) Car la patiente incapable s'objecte à la prise de médicaments. Il ne s'agit pas uniquement de donner une médication à quelqu'un d'incapable qui la prendrait et pour lequel traitement, on obtiendrait la signature du conjoint ... . (Dossier médical, psychiatre traitant, HÔP, 14.02.91)

... [Patiente] informée de la rencontre de jeudi prochain avec le conjoint pour discuter de la médication sinon mise en curatelle ... (Dossier médical, psychiatre traitant, HÔP, 21.02.91)

Patiente demande à changer de médecin ... Dans son délire pense qu'elle est enceinte ... Maintenir aux soins intensifs ... Nécessité de recevoir médicaments contre son gré ... Procédures judiciaires si nécessaires ... Intervention auprès du tribunal probable ... (Dossier médical, psychiatre traitant, HÔP, 26.02.91)

... Avant la rencontre avec la patiente, mme Y.. [TS] et moi-même nous sommes entretenus avec le conjoint et l'avons mis au courant du diagnostic de schizophrénie ... De la nécessité d'une médication antipsychotique, des effets thérapeutiques et adverses de la médication, des conséquences d'un non traitement... De la décision d'aller éventuellement devant le tribunal (art. 16.4-Code civil)... Patiente accepte mais nous ne sommes point certains qu'elle poursuivra cette prise de façon régulière ... (Dossier médical, psychiatre traitant, HÔP, 28.02.91)

... Patiente revue ... Essaie de marchander médication en demandant une diminution. Dit ne point être psychotique ... (Dossier médical, psychiatre traitant, HÔP, 28.02.91-17H00)

Bien que la patiente ait accepté de prendre une médication, le fait qu'elle s'y soumette difficilement et qu'elle tente d'en négocier la diminution amène le docteur Vincent à recourir une nouvelle fois à la directivité:

... Comme si le fait d'aller au 2° avait engendré une augmentation de la psychose, a cessé sa médication en fin de semaine ... Dans un contexte de régression massive après la cessation de médicaments ... Après un entretien des plus directifs, je crois que l'hospitalisation sera plus longue, qu'il faudra éventuellement s'adresser au tribunal ... Il ne m'apparaît pas judicieux dans les circonstances d'agir contre le gré de la patiente prétextant le contexte d'urgence ... (Dossier médical, psychiatre traitant, HÔP, 19.03.91)

Les soignants maintiennent leur attitude directive envers Florence jusqu'à la fin de son hospitalisation. À l'approche du congé définitif, ils mettent en place un encadrement très serré où la famille est grandement sollicitée, en vue de la protection des enfants qui, "plus que tout autre considération clinique et psychodynamique" est une priorité pour les soignants. Il semble que, du côté de la famille, l'on n'ait pas la même compréhension de ce que devrait être cet encadrement:

... Acceptons sortie pendant 4 hres accompagnée de son conjoint ... Essai: non dangereuse ... (Dossier médical, psychiatre traitant, HÔP, 11.04.91)

... Entrevue avec les parents de madame ... Refus de madame que ses parents restent avec ses enfants ... À clarifier avec équipe: la compréhension du mari re: "sorties accompagnées" ... Re: protection des enfants de 2 et 5 ans ... (Dossier médical, TS, HÔP, 17.04.91)

... Contact avec le conjoint (qui confirme les propos de la patiente que la sortie s'est bien

déroulée) ... Ce qui en fait dictera notre ca (conduite): la dangerosité pour les enfants plus que toute autre considération clinique et psychodynamique actuelle se limite à un mur infranchissable ... (Dossier médical, psychiatre traitant, HÔP, 19.04.91).

Étant donné les risques pressentis à l'égard des enfants, les soignants de Florence préconisent qu'elle aille vivre chez ses parents afin d'éviter qu'elle soit seule avec les enfants. La colère de la patiente qui veut "être avec ses enfants" est perceptible à travers ses symptômes. De leur côté, les soignants, invoquant le "dénier total" de la patiente face au diagnostic et son "incapacité à consentir aux soins" envisagent de nouveau de faire appel au tribunal. Encore là, les soignants communiquent d'abord avec le conjoint et les parents de Florence pour établir les "ententes" concernant les congés. Plusieurs rencontres sont organisées avec les membres de la famille. C'est alors que les soignants proposeront au conjoint d'organiser le congé définitif de Florence comme une "convalescence" faisant en sorte qu'un membre de la famille devra s'installer à la maison avec la patiente. Les extraits suivants rendent compte des discussions mentionnées ci-haut:

Entrevue avec conjoint et psychiatre de madame... Monsieur avisé du pronostic sérieux envisagé à ce moment-ci pour ..[Patiente]... Entente à faire avec les parents et le conjoint de madame re: orientation de ..[Patiente] et organisation des enfants ... (Dossier médical, TS, HÔP, 22.04.91)

... Voit Jésus dans P..[Fils] et Marie dans C..[Fille]... Dénier total face au diagnostic. Refuse totalement autre solution que d'être avec ses enfants... . Me dit:"vous êtes complètement à côté de la "track"..." 2 Problèmes médicaux-légaux à l'horizon: - incapacité de décider donc consentement substitut, tutelle, curatelle, ... - Incapacité à consentir aux soins: tribunal ... À discuter en réunion..Contacterons conjoint demain ... (Dossier médical, psychiatre traitant, HOP, 24.04.91)

Entrevue téléphonique avec le conjoint... Bon week-end ... D'accord pour que se poursuivent les congés temporaires chez les beaux-parents. Demeure d'accord à l'idée: 1) qu'elle [patiente] habite chez ses parents 2) sinon placement ... (Dossier médical, psychiatre traitant, HÔP, 30.04.91)

... Entrevue avec le conjoint et les parents de madame... Accord sur l'amélioration du comportement de madame.. Au long des 3 congés de fin de semaine... Serait aussi plus adéquate avec les enfants... Beaucoup de projets mais peu d'énergie pour les réaliser. Madame reconnaît avoir été très malade et parle de différentes choses qu'elle aurait faites. Madame trouve difficile de s'occuper des enfants et exprime ne pas aimer le ménage de maison. Elle voudrait faire du social... . Parents et conjoint semblent diverger d'opinion sur le lieu de séjour de madame lors de l'après-congé ... (Dossier médical, TS, HÔP, 05.05.91)

... Entente avec le conjoint pour un congé de 3 jours ... Rencontre avec le conjoint et mme Y..[TS] le 16 mai 1991 pour déterminer à nouveau l'orientation après l'hospitalisation... (Dossier médical, psychiatre traitant, HÔP, 07.05.91)

... Rencontre avec le conjoint et mme Y..[TS] ... Entente sur la nécessité de voir le congé définitif avec retour à la maison, compte tenu de l'état amélioré, comme une convalescence et d'avoir quelqu'un (proche parent) à la maison. Nécessité de prendre médication sinon retour à l'hôpital... Informations idem dites à la patiente; celle-ci

d'accord... Programme: congés temporaires les fins de semaine, sorties seule non accompagnée mardi et mercredi pendant 8 hres et réévaluation jeudi 23.5 et congé définitif ... (Dossier médical, psychiatre traitant, HÔP, 16.05.91)

... Parents d'accord avec congé prochain sur le plan de sortie fait avec le conjoint et le psychiatre ... (Dossier médical, TS, HÔP, 21.05.91)

Au moment de son congé, l'état de Florence était amélioré bien que non optimal. Elle continuait de nier son diagnostic. Il est possible que ce soit ce facteur—le déni de la pathologie—qui ait été à l'origine des comportements non compliants de la patiente qui, à leur tour, ont encouragé les soignants à maintenir leur attitude de directivité. Dans de telles circonstances, et compte tenu que Florence a des enfants, l'établissement d'un encadrement sécuritaire à domicile pouvait être légitime et le recours à la directivité, indiqué.

Une des conséquences du comportement hautement directif des soignants est que Florence se trouva exclue du processus de décisions relatives à son traitement. C'est ce qui avait aussi été observé lors de la discussion de cas de l'équipe traitante qui avait porté sur la grossesse de la patiente. Dès les premiers signes de recul de la part de la patiente quant à sa médication, le recours aux procédures judiciaires fut envisagé d'emblée. À supposer que les méthodes directives aient été nécessaires, alors qu'elle était psychotique, est-ce qu'elles s'avéraient toujours indiquées alors que son contact avec la réalité était rétabli et qu'une discussion redevenait possible? On ne semble pas avoir pris en considération cette amélioration, même minime, de l'état de la patiente. En outre, si l'on se réfère aux données disponibles, il ne semble pas non plus y avoir eu, du côté des soignants, de tentative de compréhension des comportements d'opposition de la patiente. Un des moyens à la disposition de Florence de ne pas reconnaître son diagnostic, inconcevable à ses yeux, fut de refuser sa médication ou de tenter de faire changer son traitement. Aussi, la non acceptation de sa maladie peut expliquer en bonne partie sa non compliançe au traitement pharmacologique et sa faible collaboration à l'encadrement proposé. Les données qui suivent font ressortir la difficulté de Florence d'accepter son diagnostic et le plan d'aide mis en place pour elle de même que la tendance chez les soignants à percevoir ses tentatives de remettre en question son diagnostic comme de "l'opposition":

... Dit dormir un peu moins. Sent le besoin de s'activer. Nie ses besoins et ne se dit plus malade re: non psychotique. Madame n'accepte pas le diagnostic de schizophrénie. Accepterait PMD [psychose maniaco-dépressive). Pour madame, le fait qu'elle n'entende pas de voix la convainc qu'elle n'est pas schizo... La reconnaissons dans son attitude d'opposition face à l'aide organisée autour d'elle (à la maison ou à l'hôpital). Très bonne collaboration du mari qui rappelle à madame sa réalité des derniers mois ... Madame semble plus positive au départ re: plan d'aide durant convalescence ... (Dossier médical, TS, HÔP 30.05.91)

En somme, il semble difficile pour les soignants de se dégager de la perception négative qu'ils ont développée à l'égard de Florence. Ils semblent aussi avoir de la difficulté à ajuster leurs perceptions et leurs comportements en fonction des améliorations de son état, ce qui pourrait contribuer au



maintien d'une relation fondée sur la négociation et la confrontation entre la patiente et les soignants. Ainsi, ces observations appuieraient la proposition, formulée dans le cas de Caroline (p. 122), dans lequel on retrouvait plusieurs situations de confrontation, (H) *que, selon le degré d'écoute envers la patiente, le niveau de directivité est associé à une transformation de la relation patiente-soignant dans un rapport de lutte/négociation.*

La perception défavorable des soignants à l'égard de Florence, leur difficulté à ajuster leurs perceptions de même que le maintien d'un niveau élevé de directivité dans leurs interventions semblent relever principalement de leur perception de risque élevé à l'égard des enfants. En effet, il a été mentionné plus haut que la protection des enfants, "plus que tout autre considération clinique et psychodynamique" était une priorité pour les soignants. Dans le cas de Caroline (p. 114), il avait été noté que (H) *la perception de risque élevé pour la patiente et ses enfants conduisait à une augmentation de la mobilisation des soignants et à un changement d'orientation dans leurs interventions en vue de leur protection.* À la lumière du présent cas, il devient possible de proposer que (H) *la perception de risque élevé à l'égard des enfants de la patiente amplifie chez les soignants leur perception défavorable à l'égard de la patiente, leur difficulté d'ajuster leurs perceptions selon l'évolution de son état et le maintien d'un niveau élevé de directivité dans leurs interventions en vue de la protection des enfants.*

L'attitude directive des soignants s'adressait aussi aux membres de la famille. Les données entourant la troisième hospitalisation et le congé de Florence font ressortir la forte sollicitation à laquelle ils ont été exposés pour la réorganisation de la vie familiale. Le plus souvent, Florence ne participait pas à ces entrevues ou n'y était invitée qu'après entente entre les soignants et les membres de sa famille. Cela rappelle une proposition formulée plus haut (p. 274), suivant l'épisode entourant la grossesse et l'avortement, concernant l'importance accordée par les soignants au pouvoir d'influence sur la patiente qu'ils attribuaient aux membres de la famille. Comme dans ce dernier épisode, les membres de la famille furent placés en position de conflit de rôles à l'égard de la patiente. Étant donné les difficultés relationnelles entre Florence et les soignants, qui ont pu s'élaborer à la suite de leurs diverses confrontations, il est compréhensible, dans le contexte où la patiente était dans un état psychotique sévère, qu'un encadrement serré fut mis en place et que l'on rechercha la collaboration des membres de l'entourage. Toutefois l'attitude des soignants fit en sorte que la patiente n'a pas été impliquée, voire a été exclue du processus de décisions la concernant ou encore que ses opinions ont été peu tenues en compte. En somme, les soignants continuèrent de ne pas faire confiance à Florence et la famille devint une ressource essentielle pour obliger la patiente à respecter les conditions de traitement ou de congé. En outre, il ressort de la suite de l'histoire, qu'en dépit des améliorations notables et durables de l'état psychiatrique et fonctionnel de la patiente, notamment lors de l'introduction du clozaril, les soignants éprouvèrent toujours de la difficulté à lui faire confiance et continuèrent de se référer d'abord à la famille pour obtenir des informations ou pour tenter d'influencer la patiente. Ces observations

suggèrent: (H) *qu'une attitude de directivité, chez les soignants, associée au fait qu'ils ont développé une perception défavorable de la patiente peut conduire à son exclusion du processus de décision concernant les conditions de son traitement.* Tel que proposé dans le cas de Danièle (p. 232), cette situation favorise le recours des soignants aux membres de la famille à titre de ressource et augmente, en conséquence, pour ces derniers, le risque de conflit de rôle.

Une note subséquente montre que cette importante sollicitation auprès des membres de la famille a eu des effets mitigés et possiblement iatrogéniques. À titre d'exemple, l'accompagnement de Florence à domicile par un membre de sa famille, qui avait été organisé lors de son congé suivant sa troisième hospitalisation, dura beaucoup moins longtemps que prévu. Dans l'entente, il avait aussi été prévu que la médication serait donnée par le conjoint, ce qu'il n'a jamais fait: "... Toutefois, nous apprenons que le conjoint ne lui [patiente] donne et ne lui a jamais donné la médication, contrairement à l'entente prévue... " (Dossier médical, psychiatre traitant, CE, 11.07.91). En outre, le conjoint diminua progressivement son implication auprès des soignants, puis, il cessa de participer aux entrevues de couple, auxquelles il avait été convié, invoquant le manque de disponibilité en raison de son travail. Les soignants s'expliqueront ses absences par son désintérêt de plus en plus marqué pour la patiente. Bien que nous n'ayons pas les données pour le confirmer, il est possible que le conjoint ait pris progressivement une distance du système d'intervention et que cet éloignement puisse être représentatif de son sentiment d'être dépassé par la pression imposée par les soignants. En d'autres termes, (H) *la persistance de conflit de rôles pour les membres de la famille peut conduire à leur désinvestissement et, éventuellement, à leur éloignement du système d'interventions.* Cela avait aussi été observé chez le conjoint de Danièle.

En résumé, le cas de Florence a permis d'identifier ou de confirmer des facteurs pouvant amener les soignants à recourir à de la directivité dans leurs interventions. L'épisode entourant sa troisième hospitalisation confirme la relation positive entre la directivité, le niveau élevé d'investissement et de mobilisation à l'égard de la patiente et de sa famille, le recours au pouvoir d'influence vis-à-vis ces derniers et les perceptions d'un faible potentiel d'amélioration chez la patiente et d'un risque ou d'un danger éventuel pour elle et ses enfants, l'élaboration d'une perception défavorable vis-à-vis la patiente fondée, entre autres, sur ses comportements de non conformité. Le recours à la directivité et au pouvoir d'influence avait aussi été associé à la perception chez les soignants d'une plus grande efficacité de leurs interventions.

Cet épisode, où l'on a pu observer des interventions empreintes d'un niveau élevé de directivité et de contrôle, en fait aussi ressortir des effets mitigés, pouvant devenir iatrogéniques, dont une intervention précipitée, l'exclusion de la patiente de la démarche thérapeutique, une forte pression exercée sur les membres de la famille, augmentant, pour eux, le risque de conflit de rôles et menant à leur éloignement du système d'intervention ou au non respect des ententes établies avec les soignants, ainsi

que la non prise en compte des préoccupations et du vécu difficile de la patiente et des membres de sa famille. Bien que l'on ne puisse nier les effets bénéfiques de telles interventions, notamment la mise en place d'un milieu sécuritaire pour les enfants et le développement pour la famille d'une meilleure connaissance des risques potentiels pour la patiente et ses enfants, leurs impacts iatrogéniques pourraient, de leur côté, contrevenir à leur efficacité.

### 6.10.3 Perception de risque et précipitation dans l'intervention

À plusieurs reprises, le cas de Florence montre que le rythme des décisions ou des interventions était rapide et parfois précipité. S'appuyant sur les données et analyses antérieures, cela suggère que (H) *la perception de risque, sous-jacente à l'attitude de directivité, peut mener à un sentiment d'urgence à intervenir ou à des interventions précipitées qui comportent d'autres risques à leur tour*. Pour illustrer cet énoncé, reprenons les épisodes relatifs à l'introduction du clozaril et à la séparation du couple. Dans l'épisode entourant l'introduction du clozaril, le docteur Vincent utilisa des stratégies du même type que celles utilisées lors d'autres interventions, par exemple les situations de l'avortement, de l'hospitalisation où Florence refusait sa médication et des discussions entourant la séparation du couple. Il eut recours au conjoint pour inciter Florence à accepter la nouvelle médication. Suite au refus exprimé initialement par la patiente, le psychiatre convoqua le conjoint en entrevue pour lui expliquer les effets du nouveau médicament. Il accorda peu d'attention aux motifs de refus de la patiente fondés, pourtant, sur sa compréhension des risques associés à ce nouveau médicament et sur le fait qu'elle devra subir une autre hospitalisation<sup>91</sup>. Par ailleurs, à la différence des épisodes antérieurs, le conjoint se laissa convaincre plus difficilement. La note suivante indique le plan d'intervention déterminé lors de l'entrevue tenue avec le conjoint et avec Florence. À ce moment, les conjoints n'avaient pas encore décidé s'ils acceptaient ou non la nouvelle médication. Toutefois, Florence acceptera sous la pression de son conjoint: "... Rencontre avec conjoint et patiente... Recommandons au conjoint: hospitalisation pour a) risque suicidaire b) clozapine ... Me recontactera demain à la clinique ... " (Dossier médical, psychiatre traitant, CE, 18.06.92). À cette période, Florence n'était pas dans un état psychotique mais elle exprimait toujours des idées suicidaires. En somme, le psychiatre traitant traita cette situation comme une situation d'urgence, fondée sur les idées suicidaires de la patiente, qu'elle exprimait déjà depuis un certain temps. Un contexte comportant moins de risques aurait peut-être permis la possibilité de laisser plus de temps au couple pour réfléchir et pour établir un cadre plus adapté à leur situation.

Cette intervention, mise en place très rapidement et laissant peu de temps de réflexion, a pu être à l'origine d'autres problèmes qui n'avaient pas été anticipés par les soignants, dont le problème de

---

<sup>91</sup> Pour plus de détails revoir la section de l'histoire de Florence portant sur l'introduction d'un nouveau médicament (p. 255)

financement du médicament décrit précédemment. Lorsque l'on compare Florence à une population de schizophrènes chroniques, il existe des différences importantes qui, apparemment, n'ont pas été prises en compte lorsqu'il fut décidé d'opter pour le clorazil dont 1) le fait qu'elle ne soit pas bénéficiaire de l'aide sociale et qu'ainsi, elle devait défrayer les coûts de sa médication, d'où le risque de déstabilisation au plan socio-économique et 2) le fait que l'introduction de cette nouvelle médication imposa une nouvelle hospitalisation qui provoqua une nouvelle séparation mère-enfants ou, encore, le retrait de la patiente de ses responsabilités qu'elle recommençait à peine à assumer. En somme, il apparaît que les impacts—autres que psychiatriques et physiques—de l'introduction d'un tel médicament n'ont pas été pris en compte ou n'ont pas été jugés prioritaires. La conclusion de cet épisode fut tout de même positive pour Florence puisque l'on arriva à résoudre le problème de financement et que l'introduction de cette médication a conduit à une amélioration notable et durable de son état. Il convient tout de même de s'interroger sur ce qui serait arrivé dans le cas d'une famille moins cohésive, moins mobilisable ou présentant moins de ressources.

Sur un plan plus global, ce problème du financement du médicament mit en évidence un autre problème relié aux politiques administratives et gouvernementales touchant la population qui n'est pas bénéficiaire de l'aide sociale. Rappelons qu'au début, pour obtenir du financement de l'aide sociale, on exigeait que la patiente et son conjoint vendent leur maison et disposent de leurs liquidités avant de pouvoir obtenir cette aide. Cela les aurait privés, du coup, de la stabilité et de la sécurité que leur procurait la maison. L'utilisation de cette médication, si elle s'avérait efficace, améliorerait non seulement l'état de la patiente d'un point de vue clinique et, par conséquent, diminuerait les coûts de santé, mais, à plus long terme, une incidence importante de prévention auprès des enfants. En dépit des démarches relatives au financement faites par les membres de la famille et les soignants auprès des organismes gouvernementaux, ces arguments n'ont pas été retenus. À la limite, pour avoir accès gratuitement à un traitement plus efficace, la patiente et sa famille auraient dû accepter—si la famille n'avaient pu disposer des ressources nécessaires—de se placer dans un contexte socio-économique appauvri et donc, dans une situation de stress plus élevé. Ce problème a pu se régler par le retour au travail du conjoint et par une contribution financière des parents de la patiente. Cela lui a permis de poursuivre cette médication.

En résumé, cette nouvelle médication qui, somme toutes, eut des impacts positifs, comportait d'autres risques et effets qui n'avaient pas été évalués complètement dont le risque de briser l'équilibre familial, nouvellement atteint et encore fragile, le risque de briser l'alliance thérapeutique avec la patiente et son entourage et, finalement, le fait de placer cette famille dans une situation socio-économique difficile et dans une situation de dépendance plus grande à l'égard des parents de la patiente. Le risque suicidaire perçu par le psychiatre traitant comme "plus important" mais "demeurant.. latent" (Dossier médical, psychiatre traitant, CE, 19.06.92) semble avoir pris le dessus sur l'ensemble de tous ces autres risques. Cette perception du risque l'a amené à intervenir d'une façon précipitée, et à ne pas tenir

compte de plusieurs autres considérations importantes tant pour la patiente que pour sa famille bien que, par la suite, les soignants se soient fortement mobilisés pour régler cette situation. En somme, tout en appuyant la proposition énoncée au début de cette section (p. 281)–(H) *la perception de risque, sous-jacente à l'attitude de directivité, peut mener à un sentiment d'urgence à intervenir ou à des interventions précipitées qui comportent d'autres risques à leur tour*–, les données de cet épisode portant sur l'administration du nouveau médicament suggèrent (H) *que la perception d'un risque élevé et le sentiment d'urgence à intervenir peuvent conduire à la négligence involontaire des aspects comportant des risques à plus long terme pour la patiente et sa famille.*

#### **6.10.4 Cristallisation des perceptions et difficulté à s'ajuster aux changements de la patiente**

Le cas de Florence mit en lumière, chez les soignants, un phénomène de cristallisation de leurs perceptions se traduisant dans leur difficulté à reconnaître et à s'ajuster aux améliorations de l'état de la patiente. L'épisode entourant la séparation du couple en est un exemple. Dans cette séquence, Florence fut confrontée à des changements majeurs tant dans sa famille que dans l'équipe de soignants qui s'occupaient d'elle. Cela fit en sorte qu'elle ne put plus bénéficier d'autant de soutien à l'égard de son rôle maternel et qu'elle dut s'adapter aux départs de soignants. Ces changements menèrent à l'éloignement de personnes significatives pour elle et, en ce sens, constituèrent des pertes. Lors de la séparation du couple, la conviction du psychiatre traitant que la patiente ne pourrait supporter cette épreuve l'amena à prendre position dans les arrangements pris entre Florence et son conjoint en vue de la réorganisation de la vie familiale après la séparation. Il suggéra qu'elle aille vivre chez ses parents et qu'elle y reçoive ses enfants, une fin de semaine sur deux. Cette prise de position comportait le risque d'avoir à se positionner contre Florence et de porter atteinte à la relation thérapeutique.

Pourtant, à cette période, l'état psychiatrique et fonctionnel de Florence était grandement amélioré et stabilisé. À l'encontre de toute attente, cette situation, tout en provoquant de l'insécurité chez la patiente, eut un effet mobilisateur sur elle. Elle mit en évidence, chez Florence, des forces insoupçonnées ainsi que sa capacité à mobiliser ses ressources personnelles lorsque l'on cesse de s'y substituer.

On remarque, par ailleurs, que les situations qui obligeaient Florence à assumer plus de responsabilités suscitaient de l'insécurité chez les soignants. Le sentiment qu'elle finirait par rechuter, se suicider et, éventuellement, y entraîner ses enfants demeurait toujours présent dans l'esprit de certains soignants. En somme, il semblait difficile pour eux, après qu'ils aient constaté l'état très sévère dans lequel Florence s'était trouvée, de croire à l'existence de ressources chez-elle. Dans leurs perceptions, Florence était toujours très malade et à risque chronique de décompensation.

Le maintien de telles perceptions peut s'expliquer par le fait que les soignants ne prirent pas de moyen spécifique pour objectiver leurs perceptions. À titre d'exemple, la sécurité des enfants demeurait préoccupante pour les soignants. Pourtant, plusieurs données allaient à l'encontre de la persistance de telles craintes. Depuis l'introduction du clozaril, l'état de Florence évoluait sans cesse vers l'amélioration. À cette étape de son suivi, les interventions à domicile étaient instaurées depuis plus d'un an. Ces interventions ont permis d'observer que Florence pouvait assumer adéquatement son rôle de mère, et, ce, même si son conjoint était de moins en moins présent à la maison. Ces observations ont été corroborées par les parents de la patiente au cours de leurs rencontres avec la travailleuse sociale. De leur côté, les parents, bien que moins présents, demeuraient disponibles. Outre ces améliorations, Florence s'est recréée un réseau social, composé d'amies qui avaient aussi des enfants, avec lesquelles elle faisait plusieurs activités. Au moment de la séparation, la patiente n'était plus psychotique et elle collaborait très bien à son traitement. Son propre constat de ses améliorations avait contribué à augmenter sa motivation et sa confiance en elle-même. Toutefois, plusieurs soignants hésitaient à reconnaître ces améliorations et demeuraient craintifs à l'égard des enfants.

Le cas de Florence fait ressortir la difficulté, chez certains soignants, à remettre en question leurs perceptions à l'égard de la patiente. Ces perceptions semblaient s'être cristallisées. Ce qui pourrait aussi expliquer la persistance de l'attitude directive dans leurs interventions. Au plan théorique, il convient de rappeler que la perception est fondée en grande partie sur des éléments subjectifs et qu'ainsi, elle expose l'individu à un certain nombre d'erreurs de cognition, dont les stéréotypes qui, à leur tour, contribuent au maintien des préjugés (Gergen, Gergen et Jutras, 1992). En somme, les observations tirées du cas de Florence suggèrent que (H) *la cristallisation des perceptions défavorables des soignants envers la patiente constituent des obstacles à la remise en question de leurs perceptions et attitudes subséquentes suivant l'évolution de son état de pathologie et de fonctionnement.*

L'amélioration de l'état de la patiente, plutôt que d'amener, chez les soignants, un sentiment d'efficacité et de sécurité, semble avoir suscité de l'ambivalence et des craintes. Cela en raison de leur perception d'un risque plus élevé reliée à une plus grande autonomie chez elle. Ils y percevaient, entre autres, des risques de déstabilisation ou de rechute pour la patiente associés au fait de devoir assumer plus de responsabilités. En outre, le fait que la patiente avait toujours les enfants à sa charge contribua à maintenir et, peut-être, à accentuer leurs craintes et leur perception d'un risque toujours latent. Aussi, il est plausible de penser que (H) *le développement de l'autonomie chez la patiente peut contribuer à maintenir la perception chez les soignants d'un risque toujours latent, ce qui peut les amener à promouvoir des interventions axées principalement sur la protection, que ce soit à l'égard de la patiente et de ses enfants.* En conséquence, (H) *ces interventions de nature protectrice sont davantage orientées sur l'encadrement et peu orientées vers le développement de l'autonomie.*

En conclusion, le maintien, chez les soignants de leurs attitudes directives envers Florence et sa famille passa par la persistance de leurs perceptions que la patiente était très malade et que son potentiel d'amélioration demeurait très pauvre, d'où la persistance, voire, la cristallisation de leur perception défavorable à son égard. Ce phénomène se traduisit aussi par leur difficulté à s'ajuster à l'amélioration de son état psychiatrique et fonctionnel. Cela pourrait aussi expliquer que les soignants continuèrent d'intervenir de façon précipitée et directive, sans qu'ils n'évaluent objectivement et de façon continue les risques réels associés à l'état de la patiente ni le fonctionnement ainsi que les facteurs de résilience dont pouvait bénéficier la famille. Ces conclusions rappellent cette proposition formulée dans le cas de Caroline (p. 116) *(H) que l'uniformité de la perception du soignant à l'égard de la patiente, à travers les diverses étapes de l'évolution de son état et à travers les changements qui ont marqué son environnement, est associé à la non variation ou au maintien de son orientation de traitement.* En somme, l'ensemble de ces observations permettent de proposer (H) *que la non objectivation de la perception, chez les soignants, d'un risque élevé pour la patiente et ses enfants ainsi que la persistance de leur perception défavorable à l'égard de la patiente conduisent à la cristallisation de ces perceptions et des attitudes qui en découlent, soit le contrôle et la directivité envers la patiente et sa famille et la promotion d'interventions de nature protectrice au détriment d'interventions axées vers l'autonomie et la reprise du rôle maternel.*

#### **6.10.5 Différences dans les perceptions des soignants et relations interprofessionnelles**

Le phénomène de cristallisation des perceptions et attitudes, décrit ci-haut, n'est pas perceptible chez tous les soignants de Florence. Comme ils ne partagent pas toujours unanimement la même vision de la patiente. Certains de ses problèmes tels, ses idées suicidaires et ses problèmes d'apathie donnent lieu à des perceptions et à des stratégies différentes de la part des différents intervenants qui s'occupent d'elle.

À certains moments de son évolution, l'état psychiatrique de Florence redevint instable au fur et à mesure qu'elle tentait de réintégrer ses rôles. L'épisode où elle tenta de retourner au travail et de faire du bénévolat en est un exemple. Alors que Florence s'améliorait au plan fonctionnel, son état psychiatrique redevenait plus instable. C'est alors qu'émergeaient ses idées suicidaires. Florence exprimait alors le sentiment d'être inférieure aux autres ou de ne pas être à la hauteur de ses responsabilités. En dépit de ses améliorations au plan fonctionnel, elle se percevait toujours de façon très négative dans l'ensemble de ses rôles, y compris dans son rôle de mère.

La détérioration de l'état de la patiente était perçue de façon différente par les soignants. Il s'agissait, pour le psychiatre, "d'une peur sous-jacente de faire face à une réalité" qui comportait de plus en plus d'exigences pour elle. Selon lui, la pathologie représentait ainsi une forme de refuge qui lui permettait de se distancer de ses responsabilités et les idées suicidaires, une "façon de fuir". Pour la travailleuse

sociale, qui était à même de vérifier l'impact de la détérioration de la patiente et de ses problèmes d'apathie sur son entourage, il s'agissait de l'expression d'une hostilité, sous une forme passive-agressive, à l'égard de son entourage. Pour l'ergothérapeute, les idées suicidaires étaient le reflet du sentiment de ne pas être à la hauteur des responsabilités ou, encore, de sentiments dysphoriques induits par sa pathologie et les échecs qui en découlaient. Elle percevait tout de même chez Florence une certaine mobilisation. Les extraits suivants révèlent ces différentes perceptions chez les soignants:

... Se perçoit elle-même comme très différente des autres. Se perçoit comme moins intelligente et plus lente... Se demande si elle sera capable d'assumer les tâches de bénévolat... Dit avoir beaucoup d'idées "qui n'ont pas de sens" sur lesquelles elle a de la difficulté à élaborer. Fait part aussi de ses idées suicidaires... Ces idées émergent lorsqu'elle est couchée et s'estompent lorsqu'elle est en activité. Patiente dit vivre beaucoup de solitude et "d'abandon" lorsqu'elle est seule à la maison... D'un point de vue objectif, patiente peut s'organiser seule dans les activités de la vie quotidienne... Demeure cependant insatisfaite d'elle-même et voit peu ses progrès .... (Dossier médical, ERG, CE, 11.02.92)

... Se maintient dans un cercle vicieux, se dit paralysée, incapable de bouger, se dit différente d'avant mais ne fait rien pour casser, briser le cercle... Pense alors au suicide comme une façon de fuir... Revient sur sa décision et décide de bouger... Actuellement non suicidaire .... (Dossier médical, psychiatre traitant, CE, 13.02.92)

Évidence que madame n'est pas décidée à bouger. Adopte comportement passif-agressif tout en le niant ... (Dossier médical, TS, CE, 27.02.92)

Mme nous apprend qu'elle a travaillé à deux reprises ... En enseignement ... Puis nous parle de son envie de se suicider... Puis de vouloir immédiatement se trouver un emploi en nursing ... Peur sous-jacente de faire face à la réalité .... (Dossier médical, psychiatre traitant, CE, 02.03.92)

... Quoique cela reste difficile, patiente exprime de plus en plus ses émotions en rapport avec sa maladie et son évolution. Semble devenir plus consciente de ses limites et que ces limites se manifesteront à long terme... Continue de se mobiliser cependant et ce, même si elle n'est pas toujours d'accord avec les interventions proposées... (Dossier médical, ERG, CE, 03.03.92)

... Sentons chez madame un fond dépressif qu'elle exprime difficilement et avec lequel elle semble peu en contact. Ne parle pas d'idées suicidaires. Cependant, il reste qu'elle a un deuil important à faire .... (Dossier médical, ERG, CE, 28.04.92)

Outre leurs perceptions, ces soignants adoptèrent des attitudes et des orientations différentes dans leurs interventions, axées, ou bien, vers le soutien et le réajustement de attentes de la patiente à l'égard d'elle-même, ou bien, vers la confrontation, la directivité et le maintien des exigences et d'une certaine pression à la mobilisation. La persistance des problèmes d'apathie, qui faisaient en sorte que Florence se retirait à sa chambre pendant de grandes périodes durant la journée, obligeait les membres de son entourage à assumer plusieurs de ses responsabilités. Lors d'une entrevue de couple, la travailleuse sociale la confronta au fait que cette apathie était l'expression d'une opposition et d'une hostilité à



l'égard de son conjoint. La patiente y réagit avec colère et, même avec une période de recul, elle refusa cette explication; elle interprétait plutôt son apathie comme une mauvaise habitude dont elle devrait facilement se débarrasser. La note suivante rend compte de cette confrontation entre la patiente et la soignante:

... Travaillons la réalité familiale... Monsieur prend conscience que s'il veut que madame bouge, il devra arrêter de suppléer... Madame se rebiffe, se dit incapable, cherche à détourner la discussion pour finalement avouer colère et préciser qu'elle ne le fera pas.. "Si mon mari m'aime, il va continuer à le faire" dit-elle... Et si vous aimez votre mari, que ferez-vous lui dis-je... Par sa passivité, madame semble vouloir pousser G..[Conjoint] à l'oublier et à la laisser... Accuse ts de donner des idées de séparation à G..[Conjoint] car je lui fais remarquer que la tolérance à des limites ... Mari d'accord avec ts ce qui enrage madame... (Dossier médical, TS, CE, 27.02.92)

En somme, au fur et à mesure de l'évolution de la patiente, ses attitudes et ses comportements furent perçus de façon différente par les soignants et suscitérent, en conséquence, des réactions et des interventions différentes. Ce phénomène avait aussi été observé lors de la discussion de cas portant sur la grossesse et l'avortement de la patiente. Cette discussion avait montré, par ailleurs, qu'un consensus au niveau des perceptions ou d'une vision de la patiente ne conduisait pas nécessairement à un consensus au niveau de l'orientation ou de la stratégie à suivre dans l'intervention auprès d'elle. En effet, bien que l'ensemble des soignants partageaient les mêmes avis à l'égard de la patiente et de son conjoint, ils n'étaient pas en accord avec la stratégie envisagée par le psychiatre d'annoncer le diagnostic de Florence au conjoint d'abord et de lui demander d'exercer son influence pour qu'elle accepte un avortement. La plupart partageaient l'avis que la patiente devrait être informée de son diagnostic avant sinon en même temps que son mari. Le psychiatre traitant était demeuré le seul à penser que le conjoint devait être informé en premier. Mais en dépit de cette longue discussion, il maintint sa position. Il convient donc ici de préciser qu'une même perception chez les soignants ne les conduit pas nécessairement à une même attitude ou intervention.

Dans l'épisode, où Florence exprima son désir de retourner au travail, les différences de perception entre les soignants donnèrent lieu à des problèmes de concertation et, à certains moments, à de l'incohérence dans leurs interventions. L'ensemble des soignants et le conjoint étaient d'avis que Florence n'était pas prête à reprendre le travail dans le type d'emploi qu'elle occupait avant l'émergence de sa pathologie. Par ailleurs, chacun des soignants traita ce problème en utilisant une approche différente: la travailleuse sociale lui proposa une ressource de soutien à l'emploi; le psychiatre traitant était d'accord avec cette idée, bien qu'il ne voyait pas d'indication de retour au travail pour Florence avant quelques mois. De son côté, l'ergothérapeute, proposa une démarche plus progressive par l'ajout d'un groupe de soutien en clinique externe et par son intégration à des activités dans la communauté. Les extraits suivants de notes écrites durant la même période et, parfois, le même jour illustrent les diverses solutions préconisées par les soignants:

... Envisageons d'autres solutions possibles pour aider patiente à sortir de son isolement. Dans ce sens, lui proposons de s'intégrer à un groupe d'ergothérapie 1 à 2 fois/sem., Pour l'amener à sortir de chez-elle et de son isolement... Et consolider le processus de mobilisation amorcé par mme Y.. Et dr... Cas discuté avec médecin ... (Dossier médical, ERG, CE, 05.11.91)

... Nous nous orientons toujours vers une prise en charge plus importante en ergothérapie dans le but de l'amener [patiente] à se prendre en charge et à se préparer à un retour éventuel au travail et à sa réintégration sociale... Ajout d'autres interventions à prévoir ultérieurement ... (Dossier médical, ERG, CE, 14.11.91)

... Demande de référence à L'Essor (nom fictif)... Travail semble être une bouée pour madame... Une telle référence [L'Essor] permettrait peut-être à madame d'élargir son horizon re: travail ou activité... Conjoint semble avoir la bonne attitude avec madame ... (Dossier médical, TS, CE, 14.11.91)

... Ferons démarches pour L'Essor ... Pas d'indication de reprendre le travail en nursing à la fin de janvier .... (Dossier médical, psychiatre traitant, CE, 18.11.91)

Dans les entrevues subséquentes, la question du retour au travail devint un thème prépondérant et un sujet d'opposition entre la patiente et les soignants. Alors qu'on lui proposait un travail à temps partiel dans un autre type d'emploi que celui qu'elle occupait, Florence maintint son intention de travailler à plein temps dans sa profession. À ce moment, Florence faisait des pressions à un point tel que c'est la travailleuse sociale qui, dans le cadre d'une entrevue de couple, l'aïda à se préparer à une entrevue prévue avec le Centre de Main d'Oeuvre. Elle maintenait, en même temps, l'objectif de favoriser, chez Florence, sa réflexion sur les conséquences d'un travail à temps plein en comparaison avec un travail à temps partiel. Les extraits suivant rendent compte de l'opinion des soignants quant à un retour au travail pour Florence:

... Entrevue de couple... Irréaliste dans son projet d'enseignement à la CECM à temps plein... Avec conjoint, tentons de l'aider à se préparer à une entrevue avec CMO... En faisant liste de ce qu'elle ne voudrait pas faire et surtout en réfléchissant sur l'opportunité d'un travail à temps partiel vs temps plein ... (Dossier médical, TS, CE, 05.12.91)

... Demeure dit-elle apathique et avolitionnelle ... Me parle d'un emploi plein temps pour recyclage d'infirmières auxiliaires en stage dans les hôpitaux... Lui disons que cela (travail à plein temps et orientation vers le nursing) est irréaliste et contradictoire face à ce qu'elle me décrit de sa vie quotidienne ... Emploi à temps partiel à moyen terme plus réaliste ... (Dossier médical, psychiatre traitant, CE, 09.12.91)

C'est aussi à cette période que l'intervenante de la ressource L'Essor se joignit à l'équipe de soignants. Après évaluation, cette intervenante se rallia à la position des autres intervenants. Jugeant la patiente trop fragile et "difficilement employable", elle lui proposa de faire du bénévolat pendant deux ou trois mois, en guise d'entraînement au travail. Cette expérience de bénévolat constituait, du point de vue des soignants, une occasion d'auto-évaluation pour la patiente. De son côté, Florence accepta très difficilement cette proposition mais, elle accepta tout de même de tenter l'expérience.

Cette série d'interventions portant sur la question du retour au travail met en évidence une certaine confusion dans les rôles des divers soignants. Il était normal que la patiente et son entourage exposent les mêmes problèmes à l'ensemble des soignants qui s'occupaient d'eux puisque ces problèmes étaient prédominants et suscitaient des préoccupations importantes. Cette situation donne l'impression d'incohérence entre les soignants, d'absence de communication et du fait que l'on ne sait pas comment réagir à une telle situation. En outre, cette situation donne lieu, comme pour la prise de médicaments, à l'établissement d'un certain rapport de lutte entre les soignants et la patiente. En dépit de cette confusion, Florence en arriva tout de même à joindre la position des soignants en acceptant de faire du bénévolat.

Cette situation, représentative d'une ambiguïté de rôle entre les soignants, traduit leur difficulté à se concerter entre eux et à travailler d'une façon coordonnée, en dépit du fait qu'ils semblent viser le même objectif. Plusieurs explications sont possibles. Ce problème d'ambiguïté de rôle a pu faire en sorte que les soignants, se référant alors uniquement à leurs propres schèmes de référence professionnels, soient intervenus selon leur propre initiative. Il est plausible, de plus, étant donné le risque suicidaire exprimé par la patiente, que ce contexte de risque ait contribué à précipiter davantage leurs interventions et à faire en sorte qu'elles se cumulaient sans véritable discussion et concertation. En somme, cela suggère que (H) *dans une situation où les rôles sont ambigus, des facteurs tels le degré de risque et d'urgence associé à l'état de la patiente, la formation et la philosophie de pratique des soignants peuvent influencer de façon prépondérante leurs communications, leur niveau de concertation et la coordination des interventions*. Cette proposition rejoint celles énoncées dans le cas de Caroline qui avait aussi permis d'observer que ces facteurs jouaient différemment selon que les interventions se déroulaient dans un contexte d'urgence ou en clinique externe. D'autres facteurs tels la division du travail reliée à la spécialisation, les définitions de rôles professionnels (p.117) et les obligations des différents agents et leur milieu d'appartenance étaient aussi ressortis de ce cas.

Si l'on compare cet épisode entourant le retour au travail de Florence à celui où il fut question de sa grossesse et de son avortement, il est permis de penser que la carence en communication a pu mener au manque de concertation et de coordination entre les soignants. On constate, en effet, que pour ces deux situations le niveau de communication interprofessionnelle est différent. Pour la première, les communications passent par le dossier médical alors que, pour la deuxième, il y eut une longue discussion de cas, qui sans mener à un niveau élevé de concertation, a pu conduire, au moins, à un niveau acceptable de coordination entre les soignants. Outre le mode de communication utilisé—réunion versus dossier—, un des facteurs qui avait pu jouer, lors de l'épisode entourant son avortement, était le niveau de directivité ou de pouvoir du psychiatre traitant, qui imposait davantage son opinion, vis-à-vis les autres membres de l'équipe soignante. L'absence de communication et de leadership de la part du psychiatre traitant de Caroline à l'égard des autres soignants avait été une des variables, qui avait émergé de ce cas, qui avait contribué au manque de coordination de certaines des

interventions et influencé l'orientation des interventions.

En résumé, ces observations corroborent des propositions élaborées pour le cas de Caroline (p. 96 et 130) –mais non soutenues par le cas de Danièle–concernant les communications interprofessionnelles pour lesquelles les définitions de rôles professionnels seraient un déterminant. Le cas de Danièle (p. 222) avait, par ailleurs, fait ressortir les variables suivantes–le degré d'accord ou de convergence entre les soignants, leur niveau de connaissance de leurs rôles respectifs, et leur degré d'influence–comme pouvant influencer à leur tour les communications et la concertation interprofessionnelles et la coordination des interventions. Dans le cas présent, les communications interprofessionnelles traduisent parfois une position non concertée tant en matière de perceptions que de stratégies d'intervention. L'épisode entourant la grossesse et l'avortement de Florence avait fait ressortir d'autres variables inductrices de coordination interprofessionnelle, telles l'appartenance à un même milieu de pratique et le degré d'urgence que représentaient ces situations, variables qui avaient aussi été observées dans le cas de Caroline. Par ailleurs, le niveau de directivité ou de pouvoir du psychiatre traitant, pouvant être associé à sa définition de rôle dans un hôpital<sup>92</sup>, semble avoir été, dans certaines situations d'urgence, un facteur plus déterminant que la concertation interprofessionnelle pour en arriver à une décision. En d'autres termes, l'on pourrait dire (H) *que le niveau de directivité ou de pouvoir utilisé par le psychiatre traitant, étant donné la définition de son rôle professionnel dans un hôpital, peut être un facteur déterminant de coordination des interventions, en l'absence de concertation interprofessionnelle, et qu'ainsi (H) la coordination des interventions ne découle pas essentiellement des communications et de la concertation interprofessionnelles*. La Figure 19 illustre les relations entre les variables, issues des trois cas de cette étude, qui ont influencé la communication et la concertation interprofessionnelles et le niveau de coordination des interventions.

## 6.11 INTERVENTIONS FAMILIALES

Les membres de la famille ont été rapidement impliqués dans le traitement de Florence. Les interventions de couple et familiales, bien que précoces et continues, n'ont pas permis d'éviter l'émergence de conflits conjugaux ou familiaux. Il est possible, par ailleurs, qu'elles aient contribué à ce que ces conflits aient été moins virulents et dommageables que dans les cas de Caroline et de Danièle. Cet investissement important des soignants auprès des membres de la famille a eu des effets positifs importants, particulièrement, au plan de l'information et d'une meilleure compréhension de la maladie mentale pour les membres de la famille. De la même façon, on s'assurait d'un encadrement

---

<sup>92</sup> Se référer au besoin au chapitre portant sur le Contexte organisationnel, à la section "Les agents d'intervention".

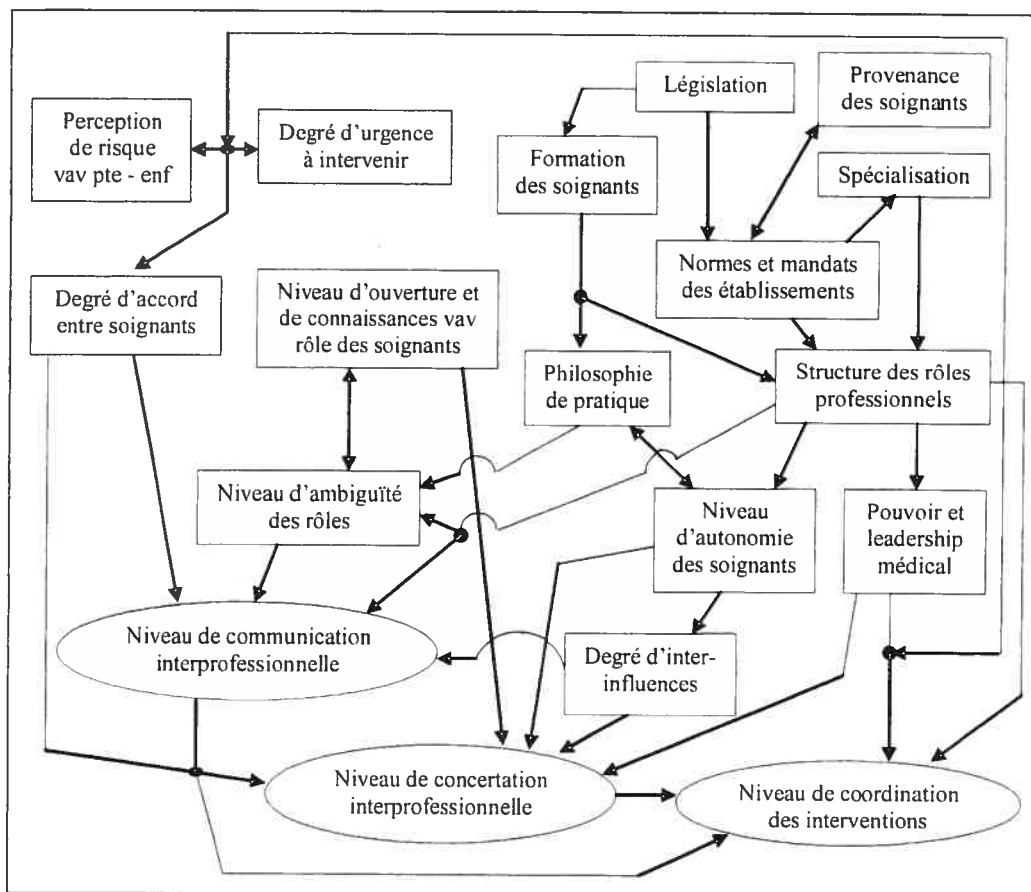


Figure 19: Facteurs, relevant des trois cas de cette étude, ayant influencé la communication et la concertation interprofessionnelles et le niveau de coordination des interventions

sécuritaire pour les enfants. Ces interventions ont aussi contribué à maintenir une organisation familiale efficace autour de la patiente et de ses enfants. Enfin, l'intervention des soignants auprès des membres de la famille a porté sur l'acquisition d'une meilleure compréhension de la pathologie et de ses effets, sur l'importance de la médication ainsi que sur la dynamique inter-relationnelle de cette famille.

Les soignants ont aussi profité de ces interventions pour rechercher de l'information à propos des comportements de la patiente à la maison ou, encore, pour la convaincre d'adhérer au traitement proposé. De la même façon, les comportements substitutifs des membres de la famille à l'égard des responsabilités familiales de Florence, bien que perçus comme pouvant être problématiques, ont été, par moments, encouragés car ils permettaient un meilleur encadrement et la surveillance de la patiente.

Ces objectifs d'intervention, lorsque pris ensemble, comportaient, par ailleurs, un paradoxe qui pouvait porter à ambiguïté pour les membres de la famille et, ainsi, les placer en conflit de rôle à l'égard de la patiente.

L'attribution aux membres de la famille de rôles d'encadrement et de surveillance de la patiente ainsi que de protection des enfants a pu faire en sorte que certains aspects problématiques associés à la famille ont été mis de côté, notamment, les liens de dépendance de la patiente envers ses parents et l'impact de cette relation sur le conjoint. Cette situation peut s'expliquer par le fait que les soignants étaient d'abord préoccupés par la stabilisation de la pathologie de la patiente et par la sécurité des enfants, d'autant plus que l'on percevait un risque élevé lié à son état. Toutefois, cette situation peut aussi être le reflet du fait que l'on considérait moins les membres de la famille comme partie prenante du problème de la patiente ou, encore, comme des personnes étant, elles-mêmes en souffrance que comme des agents pouvant contribuer à son traitement. Ils étaient plutôt considérés comme des agents d'information devant rapporter les problèmes de la patiente ou comme des gardiens de la sécurité familiale devant la surveiller, l'encadrer et l'influencer.

Dans le cas présent, le programme d'interventions à modalités multiples—par exemple, entrevues individuelles, de groupe et de couple—est un autre élément qui a pu poser problème dans ce contexte de faible concertation. À plusieurs reprises, au cours de l'histoire de Florence, il semblait ne pas y avoir de différence à voir la patiente en entrevue individuelle ou de couple. C'est comme si l'on ne prenait pas en compte la fonction spécifique ou l'aspect thérapeutique reliés à la modalité d'intervention. Les entrevues de couple et les entrevues médicales, par exemple, ont souvent été utilisées pour obtenir de l'information à propos de la patiente ou pour la convaincre d'adhérer au traitement proposé. La patiente est demeurée la personne à traiter. Le conjoint, étant perçu par les soignants comme un agent de changement pour la patiente, ne semblait pas être considéré comme un élément potentiel du problème dans la relation de couple. Le même phénomène se manifesta lors des interventions auprès des parents chez qui l'on avait, pourtant, décelé des problèmes.

Bien que l'on n'ait pas observé les mêmes réactions chez les familles des trois patientes, celles de la famille de Florence présentent certaines similarités avec celles des membres de la famille de Danièle, qui, eux aussi, ont été très présents auprès d'elle, notamment le rôle utilitaire attribué à la famille. Le cas de Danièle avait mis en évidence les réactions de colère et la distanciation des membres de la famille à l'égard des soignants après un investissement important de leur part aux interventions des soignants. Ces réactions de distanciation ne ressortent pas de façon tangible du cas de Florence, bien que l'on ait pu observer, en dépit de leur grande collaboration, certaines attitudes défensives chez les membres de la famille: tout d'abord, leurs réactions de déni au début du traitement; puis certains comportements implicites du conjoint—par exemple, le fait qu'il n'ait pas donné, lui-même la médication à Florence, lors d'un de ses congés, alors que les soignants le lui avaient demandé—qui

pourraient signifier son désaccord avec certaines demandes des soignants; et son retrait des entrevues de couple, retrait qui pourrait être vu comme son désir de prendre une distance des soignants qui exigeaient toujours beaucoup de lui.

Ces observations tirées de l'histoire de Florence rejoignent ces propositions énoncées dans le cas de Danièle (p. 232) que (H) *l'intervention dirigée vers la famille visait prioritairement à encourager son rôle utilitaire de ressource* et que (H) *l'attribution de ce rôle par les soignants—pour de fins de soutien à leurs interventions—augmente le risque de conflit de rôle pour les membres de la famille*. Les observations tirées de l'histoire de Florence suggèrent aussi (H) *que le fait de prioriser le rôle de ressource auprès de la famille peut amener les soignants à négliger d'autres aspects de la problématique familiale qui seraient inhérents à sa dynamique, son fonctionnement ou, encore à l'impact de la pathologie de la patiente sur chacun des membres de la famille*.

Par ailleurs, les soignants de Florence, à l'opposé du psychiatre de Caroline, n'ont pas craint, en intervenant auprès de la famille, de compromettre l'alliance thérapeutique avec la patiente. D'ailleurs, ils ont su la préserver. Ce constat ne permet pas de révoquer les propositions en ce sens, formulées dans le cas de Caroline, puisque la crainte de compromettre l'alliance thérapeutique fut un des facteurs de non intervention auprès de la famille de cette dernière. Il est plausible de penser, à la lumière des cas de Danièle et de Florence, que le fait qu'un des soignants avait une formation en thérapie familiale a contribué à réduire cette crainte, à promouvoir l'intervention familiale et, ainsi, améliorer l'efficacité des interventions. Cette conclusion rejoint une partie de cette proposition formulée au cas de Caroline (p. 117) que (H) *le fait de limiter l'intervention à la patiente et de ne pas prendre en compte le système familial peut relever de paramètres tels la formation des soignants*. Elle appuie aussi cette autre proposition issue du cas de Caroline (p. 117) que (H) *le fait de limiter l'intervention à la patiente et de ne pas prendre en compte le système familial peut, vu l'impact de ce milieu sur son état, limiter l'impact ou l'efficacité de l'intervention thérapeutique*.

## 6.12 INTERVENTION ET RÔLE MATERNEL

L'intervention axée sur le rôle maternel fut introduite assez rapidement dans le traitement de Florence en raison du fait qu'au début de son suivi, elle avait demandé, elle-même, de l'aide sur ce plan. Sa demande était alors fondée sur sa crainte de transmettre ses problèmes à ses enfants ou sur son sentiment de ne pas être suffisamment adéquate dans son rôle de mère.

Avec le temps, Florence est devenue très fuyante à l'égard des interventions en ergothérapie, dont celles portant sur le rôle maternel. Un de ses motifs de résistance était le contexte de groupe qui l'obligeait à côtoyer d'autres patients psychiatriques auxquels elle ne voulait pas être identifiée. Puis,

Florence semblait vouloir maintenir une distance des interventions probablement trop confrontantes pour elle. Après la fin de la thérapie de groupe pour les mères souffrant de troubles mentaux, en dépit de sa difficulté à maintenir une implication continue dans une intervention de cette nature, Florence demanda, à quelques reprises, du soutien au niveau de son rôle maternel sans qu'il y ait eu de suite. La dernière demande de cette nature, formulée durant la troisième hospitalisation, suggère que, durant les périodes où Florence présentait une amélioration, elle était plus en contact avec ses difficultés et davantage prête à s'impliquer dans une démarche thérapeutique visant son rôle maternel. D'ailleurs, ses réticences à l'égard des interventions en ergothérapie se manifestaient lorsqu'elle se trouvait dans un état plus détérioré et que ses attitudes défensives étaient exacerbées. Dans ce contexte, étant donné la composante paranoïde de sa pathologie, il lui était plus difficile d'établir un lien de confiance avec les soignants. Ce lien de confiance demeura, pendant longtemps, très ténu et était escamoté dès qu'il lui était possible de s'éloigner du milieu d'intervention.

L'attitude de Florence, en ce qui regarde les interventions portant sur le rôle maternel, s'est modifiée à partir du moment où les interventions à domicile ont débuté soit, deux ans après le début de son suivi psychiatrique. Les interventions à domicile se sont tenues dans le cadre de rencontres individuelles et en dehors du milieu hospitalier confrontant, qui lui rappelait constamment sa maladie. Ces interventions s'appuyaient, en outre, sur une approche concrète où les activités de la vie quotidienne, significatives pour la patiente, ont été utilisées en guise de médium thérapeutique. D'un côté, cette approche était moins menaçante pour elle et, de l'autre, le travail thérapeutique portait directement sur les difficultés dont elle voulait bien nous faire part à ce moment. En quelque sorte, ces interventions ont permis de travailler dans le sens et, non à l'encontre, des résistances de la patiente. Dans un premier temps, les enfants étaient absents de ces rencontres puis, lorsqu'elle l'a demandé, les enfants ont été rencontrés à quelques reprises.

L'intervention à domicile, se rapprochant du milieu de vie des mères aux prises avec des troubles mentaux et qui vise à les aider concrètement et directement dans leur rôle maternel, est de plus en plus préconisée par les auteurs (Lamour et Barraco, 1998; Luthar et Suchman, 2000; Luthar et Walsh, 1995, Massé, 1989 et Sharlin et Shamai, 2000). On espère ainsi rejoindre cette clientèle difficilement accessible. Il est frappant, en effet, de voir à quel point il a été plus facile pour Florence de s'ouvrir et d'exprimer ses difficultés lors des interventions à domicile. Elles ont, ainsi, contribué à renforcer le lien de confiance qu'il était difficile d'établir jusque là.

Ces interventions ont, en outre, permis d'observer et d'objectiver, tant pour la patiente que pour les soignants, son fonctionnement à la maison et avec ses enfants. Il fut possible, par la suite, d'aider Florence à prendre conscience de ses capacités et limites réelles et de réajuster ses perceptions et attentes à l'égard d'elle-même. Les observations à domicile ont aussi permis de rassurer les autres soignants qui étaient préoccupés par la sécurité des enfants.



Le cas de Florence fait donc ressortir les avantages de demeurer disponibles à fournir de l'aide au niveau du rôle maternel et, lorsque les patientes se sentent prêtes, de mettre en place les interventions nécessaires, en autant qu'elles soient adaptées aux besoins des patientes et au stade de leur évolution. Mais il fait aussi ressortir, en appui avec les propositions des cas de Caroline (p. 111) et de Danièle (p. 213), le niveau d'exigence élevé et la difficile confrontation que comportent ce type d'intervention. Il devient donc essentiel, dans ce contexte, de respecter les limites de ces patientes.

### 6.13 CONCLUSION DU CAS DE FLORENCE

En cinq années de suivi psychiatrique, Florence fut hospitalisée à cinq reprises et, entre ses séjours à l'hôpital, elle fut suivie de façon continue en clinique externe. La patiente, de même que sa famille, furent prises en charge par une équipe de soignants qui les suivirent tout au long du traitement. Les problèmes mentaux de Florence sont apparus dans le cadre de son travail. Bien que l'on ne puisse en attribuer l'origine au rôle maternel, ces troubles eurent tout de même un impact négatif majeur sur ses capacités à assumer ce rôle. Après que son trouble mental se soit amélioré et stabilisé, elle parvint à réintégrer de façon efficace ses rôles familiaux dont son rôle maternel.

Cela nécessita l'appui constant de son conjoint et d'autres membres de sa famille, notamment ses parents qui se substituaient parfois totalement à elle dans ses rôles familiaux. En dépit de l'émergence de conflits conjugal et familial, la famille est demeurée intégrée et présente auprès d'elle. Et, en dépit de sa fragilité, Florence contribua au maintien de l'intégration de sa famille. En dehors de ses hospitalisations, elle put tout de même maintenir un contact continu avec ses enfants même si elle ne pouvait s'en occuper. Cela n'empêcha pas la perte d'estime et de confiance en elle dans son rôle de mère.

Il y eut aussi un investissement important de la part des soignants qui donna lieu à de nombreux heurts entre ces derniers et la patiente qui, en raison de son déni de sa pathologie, refusait de se conformer au traitement proposé. La plupart des soignants se sont appuyés sur leur pouvoir d'influence et le recours à la directivité tant auprès de la patiente que de la famille pour atteindre leurs objectifs. En dépit des diverses difficultés notées au cours des interventions, celles-ci se sont avérées suffisamment efficaces pour que Florence puisse reprendre un fonctionnement relativement satisfaisant et approprié.

En résumé, le cas de Florence a permis de confirmer plusieurs des propositions élaborées au cours des cas précédents. Il comporte, par ailleurs, des différences qui permettent la précision, la reformulation de ces propositions ou l'élaboration de nouvelles, notamment, en ce qui regarde le système d'intervention. La suite de ce chapitre présente les conclusions associées aux ensembles de variables

identifiées depuis l'analyse du cas de Caroline, c'est-à-dire celles associées à la pathologie de la patiente et à son rôle maternel, celles associées à son environnement familial, celles associées aux soignants et aux intervenants et celles associées aux organisations.

### 6.13.1 Variables associées à la pathologie et au rôle maternel: amélioration du trouble mental et réintégration du rôle maternel

En dépit des différences que comporte l'histoire de Florence, en comparaison avec les deux autres patientes, l'analyse des observations du présent cas corrobore plusieurs explications de phénomènes relatifs aux patientes, qui avaient été élaborées pour le cas de Danièle. Rappelons que ce dernier cas avait mis en lumière l'interaction entre le rôle maternel et l'émergence de la psychopathologie maternelle. Dans le cas de Florence, le développement de son trouble mental a pu être déclenché par plusieurs autres facteurs que le rôle maternel. Sa pathologie s'est déclarée quelques mois après la naissance de son deuxième enfant mais elle ne fut pas attribuée à une pathologie du post-partum. Que le trouble mental ait été induit ou non par la maternité, il en est résulté, chez la patiente, une incapacité d'assumer l'ensemble de ses rôles dont, son rôle maternel. Il fut très difficile pour elle de s'ouvrir sur ses difficultés et sur ses préoccupations à l'égard de son rôle maternel et, pendant longtemps, elle les a niées. Il n'en reste pas moins qu'elle ressentait le sentiment de ne pas être à la hauteur de ses responsabilités de mère et qu'elle a dû se retirer de ce rôle pendant un certain temps. Les observations tirées des cas de Caroline et de Danièle avaient conduit à l'hypothèse (p.199) (H) *que le trouble mental des patientes a un impact important sur leur capacité à assumer leur rôle maternel, lequel impact, en raison des modifications importantes provoquées par l'ajout de responsabilités parentales, a aussi des conséquences majeures sur leurs interactions avec leur famille.* Le cas de Florence a, pour sa part, permis d'observer que, lorsqu'elle était dans un état sévère de sa pathologie, elle était inapte, en dépit de sa volonté, à assumer ses responsabilités maternelles et familiales. Ces observations suggèrent les propositions suivantes: (H) *le trouble mental, selon son degré de sévérité, même s'il n'est pas induit directement par le rôle maternel, peut rendre la patiente inapte à occuper ses rôles maternel et familiaux;* (H) *l'incapacité d'assumer le rôle maternel favorise, chez la patiente, le développement d'un concept de soi négatif dans ses divers rôles, dont celui de mère, ce qui l'amène à développer un sentiment d'incompétence dans ce rôle;* (H) *le besoin de se distancer de son rôle maternel n'est pas forcément associé à des conflits conjugal et familial mais peut être associé au sentiment d'incapacité à assumer ce rôle.*

À la différence des deux autres patientes, Florence a pu retrouver un certain équilibre qui lui a permis de reprendre son rôle maternel et de se maintenir auprès des membres de sa famille. Il est difficile de préciser les raisons qui expliquent cette différence. Mais il est plausible de penser que la nature de sa pathologie, qu'il fut possible de traiter efficacement par une médication et qui, à la différence du trouble de personnalité borderline, ne provoque pas tant de conflits relationnels avec les autres, puisse

être un des facteurs qui expliqueraient cette différence. Contrairement aux deux autres patientes, la pathologie de Florence a pu être stabilisée et améliorée sur une base durable. Par ailleurs, la pathologie de Florence comportait le risque d'une détérioration sévère et permanente de son fonctionnement, ce qu'elle a pu éviter jusque là.

Un autre élément qui a pu favoriser la reprise de son rôle maternel est le fait, qu'en dehors de ses hospitalisations, elle s'est toujours maintenue près de ses enfants. En dépit du fait qu'elle devait recevoir de l'aide dans son rôle maternel, elle continuait de vivre dans la même maison et elle a pu maintenir un contact avec eux. L'aide substitutive de son conjoint et de ses parents et, parfois même, de ses beaux-parents, ont ainsi pu contribuer au maintien de la relation mère-enfants. Cela, en autant que cette aide substitutive n'ait pas occasionné, pour la patiente, une mise à distance trop importante ou trop prolongée de ses responsabilités maternelles et familiales. Le fait que Florence ait été capable de maintenir un rapprochement avec ses enfants la distingue des deux autres patientes et, en ce sens, peut expliquer qu'elle ait pu reprendre son rôle maternel. Ce cas montre qu'il est possible pour une mère atteinte d'un trouble mental grave de retrouver un certain équilibre et de réintégrer ses rôles familiaux, une fois son trouble mental stabilisé et amélioré. Ces observations provenant du cas de Florence suggèrent que (H) *la stabilisation et l'amélioration durable de son trouble mental sont des conditions nécessaires à la réintégration par la patiente de ses rôles maternel et familiaux; (H) la reprise du rôle maternel a pu être facilitée par le maintien du rapprochement mère-enfants*. La Figure 20 représente les relations entre les variables relevant de la patiente et sa capacité d'exercer son rôle maternel.

### **6.13.2 Variables associées à l'environnement familial: niveau élevé d'intégration et de ressources**

Comme pour les deux autres patientes, l'histoire de Florence évolue vers une séparation conjugale. À la différence des autres cas, cependant, la séparation entre les conjoints n'a pas été permanente. Il n'y a pas eu, non plus, de multiples mouvements de rapprochement et d'éloignement entre la patiente et son conjoint comme entre la patiente et les autres membres de sa famille. Il a été possible, une fois l'état de Florence amélioré et stabilisé, de retrouver un certain équilibre au plan conjugal et familial. Cette différence d'avec les deux autres cas peut s'expliquer par la fréquence et l'intensité moindres ou, du moins, beaucoup moins manifestes des conflits et par le fait qu'ils ont pu être abordés lors des entrevues de couple et familiales. Il est ainsi possible de formuler la proposition que (H) *la fréquence et l'intensité des conflits conjugal et familial ont une influence sur les mouvements de rapprochement et d'éloignement entre la patiente et son conjoint et entre la patiente et sa famille et, donc, sur le niveau d'intégration de la patiente dans sa famille*.

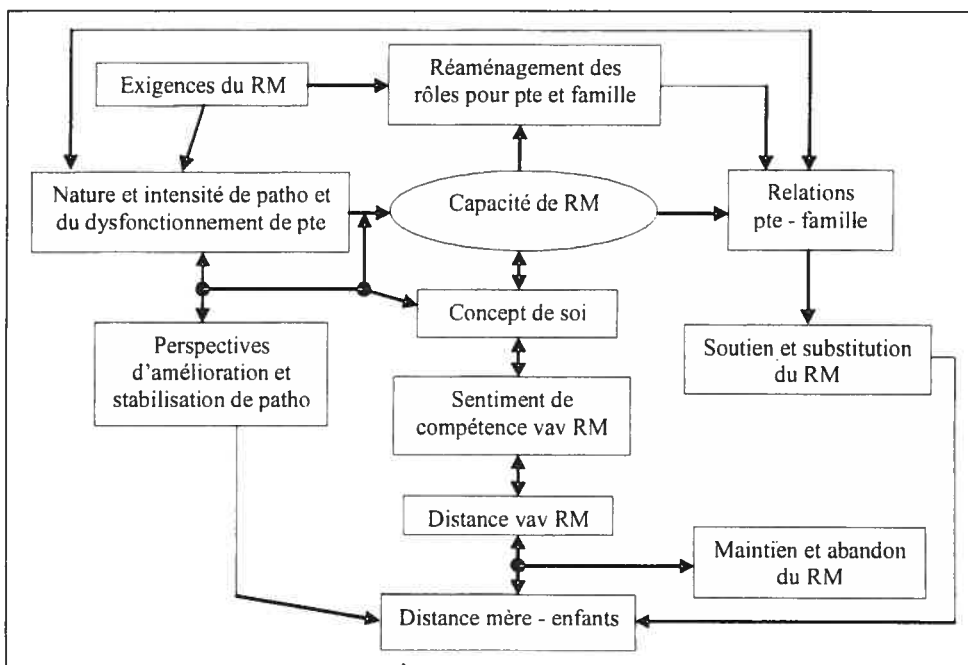


Figure 20: Relations entre la psychopathologie des mères, leurs perspectives d'amélioration et leurs capacités d'exercer leur rôle maternel

Comme pour Danièle, les parents ont maintenu leur présence auprès de Florence alors que le conjoint a cherché à s'en éloigner. La persistance de la pathologie de Florence a contribué à l'accroissement des responsabilités pour les membres de la famille de sorte, qu'à certains moments, ils se substituaient totalement à elle pour remplir les rôles familiaux. Cela mena à un réaménagement important, voire, à une inversion des rôles habituels de Florence et de son conjoint. Quant aux membres de la famille élargie, ils avaient déjà l'habitude de les soutenir sur plusieurs plans. En comparaison avec les familles des deux autres patientes, les membres de la famille élargie de Florence semblaient avoir plus de ressources (finances, temps et énergie), ce qui a pu leur permettre de jouer un rôle de pourvoyeur auprès du couple. Cela suggère (H) *que le niveau élevé d'intégration, de ressources et de mobilisation de la famille élargie ont un impact positif sur la pathologie et le fonctionnement de la patiente et sur le fait qu'elle réintègre ses rôles familiaux.*

Le cas de Florence a mis en évidence l'importante sollicitation à laquelle ils ont été soumis par les soignants, ce qui a contribué à les placer parfois en conflit de rôles vis-à-vis la patiente. Cette situation ne semble pas avoir posé autant de problèmes que dans le cas de Danièle, dont la famille s'opposait beaucoup plus ouvertement à certaines interventions ou demandes des soignants. Cette position en conflit de rôles a pu, par ailleurs, contribuer à l'éloignement du conjoint du système d'intervention ou, du moins, à une diminution de sa motivation à l'égard des interventions.

En somme, outre les propositions ci-haut, les données tirées des interactions entre Florence et sa famille contribuent, aussi, à renforcer les propositions énoncées dans les deux premier cas, notamment: celle provenant du cas de Danièle(199) portant sur le déséquilibre occasionné par le réaménagement des rôles entre les membres de la famille; celles provenant du cas de Caroline (p. 111) et de celui de Danièle (p.199) portant sur l'évolution du système familial vers un état de conflit; celles provenant du cas de Danièle (p. 232) sur le soutien que peut représenter le système familial élargi et sur le conflit de rôles intra-familial que peuvent induire les attentes des soignants à l'égard de la famille. Les variables relevant des familles des patientes sont ajoutées à celles relevant des patientes (Figure 20) pour illustrer la dynamique des influences portant sur la capacité des mères à exercer leur rôle maternel. La Figure 21 en illustre la grande complexité.

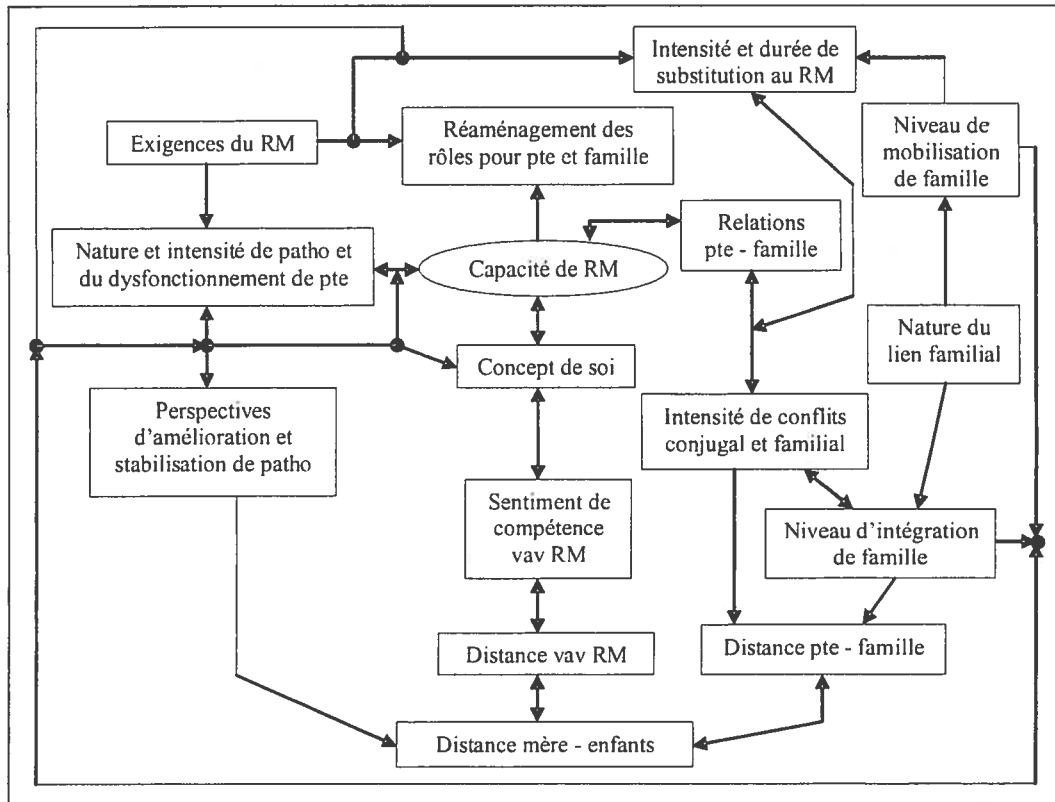


Figure 21: Facteurs relevant de l'environnement familial associés à la réintégration du rôle maternel

### 6.13.3 Variables associées aux soignants et aux intervenants: un investissement important empreint de directivité

L'intervention thérapeutique auprès de Florence se caractérise par un investissement important des soignants à son égard, mais aussi, par une attitude de directivité élevée. Cette attitude de directivité était reliée, d'une part, à la perception chez les soignants d'un risque élevé, tant pour la patiente que pour les enfants. Ce qui les a amenés à établir un cadre sécuritaire avec l'aide des membres de la famille. D'autre part, l'attitude de directivité semble aussi avoir été induite par la perception défavorable que les soignants ont développée envers la patiente, en raison de ses comportements opposants ou non compliants à l'égard des interventions proposées. Ces comportements et la perception des soignants, que Florence pouvait influencer négativement son conjoint pour certaines décisions, ont pu faire émerger la perspective chez les soignants que leurs interventions seraient inefficaces s'ils n'intervenaient pas de façon à contrer les actions pressenties de la patiente. En outre, les comportements opposants de Florence se sont ajoutés à la confirmation d'un diagnostic sévère et, en ce sens, ont pu contribuer à la cristallisation de la perception chez les soignants d'un pauvre potentiel d'amélioration.

Compte tenu des résultats positifs issus des attitudes directives des soignants, il est plausible de penser que la directivité pouvait être nécessaire dans le traitement de Florence. D'ailleurs, quelques exemples en ce sens avaient été trouvés dans les cas de Caroline et de Danièle. Dans ce dernier cas, ces situations tendaient à montrer (p. 213) (H) qu'une attitude directive mais bienveillante, c'est-à-dire *accompagnée d'une attitude d'écoute*, pouvait apporter, *en réduisant les attentes de rôle de mère*, un certain soulagement pour les patientes et contribuer à *une meilleure efficacité des interventions*. Toutefois, les soignants de Florence ont maintenu leurs perceptions et leur attitude de contrôle et de directivité en dépit d'améliorations chez la patiente. Il a été évoqué que les perceptions défavorables des soignants à l'égard de la patiente avaient tendance à persister. Ces observations sont conformes aux théories portant sur les attitudes qui montrent qu'elles ont tendance à persister et sont difficiles à modifier<sup>93</sup>. Le peu de préoccupation chez la plupart des soignants à objectiver leurs perceptions fut aussi notée. D'ailleurs, certaines de leurs perceptions ont commencé à se modifier à partir du moment où il fut possible de vérifier, de façon tangible, son fonctionnement dans son milieu de vie. Outre les facteurs énoncés plus haut—perception de risque élevé reliée à l'état de la patiente, perception défavorable de la patiente reliée à ses comportements opposants ou à sa non compliance au traitement—le fait qu'elle avait des responsabilités maternelles peut expliquer la persistance de ces perceptions et de la directivité chez les soignants. Ils étaient, en effet, très préoccupés par la sécurité des enfants. Cette analyse suggère que (H) *la difficulté des soignants à réajuster leurs perceptions et leurs interventions à l'égard de la patiente et de sa famille s'explique par la persistance de leur*

---

<sup>93</sup> . Se référer à la section *Valeurs, attitudes et comportements* du Cadre Analytique.

*perception de risque élevé associé à l'état de la patiente, mais aussi, par le rôle de mère qu'elle occupe.*

Cette situation comportant, à la fois, le recours à de la directivité par les soignants et la non objectivation de leurs perceptions a fait en sorte que Florence était peu consultée, voire exclue, du processus de décisions qui la concernait, d'où un recours plus important aux membres de la famille pour évaluer les problèmes et pour influencer la patiente. La possibilité pour les soignants d'avoir recours à un certain pouvoir d'influence sur la patiente et sa famille a pu induire la perception de l'efficacité de leurs interventions et encourager le maintien de leur investissement auprès d'eux. Cela a pu aussi induire, tel que déjà mentionné, l'effet iatrogénique de placer la famille en position de conflit de rôle par rapport à la patiente.

Parmi les conséquences de l'élaboration de perceptions défavorables à l'égard de Florence et, même, à l'égard de certains membres de sa famille, on note, chez les soignants, la diminution de leur écoute face aux demandes ou aux besoins formulés par la patiente et une diminution de leur sensibilité à l'égard des difficultés vécues par les membres de la famille.

Un autre phénomène a pu découler de la perception persistante chez les soignants d'un risque élevé pour Florence et ses enfants et de leurs difficultés de réajuster leurs perceptions, soit leur tendance à maintenir l'état de la patiente dans un état stable sans, toutefois, viser son autonomie maximale pour éviter d'en augmenter les facteurs de risque. Cette tendance avait aussi été notée vers la fin du suivi de Danièle.

L'ensemble des phénomènes résumés ci-dessus rappelle ces propositions élaborées au cours des analyses précédentes, (H) *qu'une perception défavorable de la patiente, fondée sur ses comportements ou sur la perception qu'elle n'a pas le potentiel et qu'elle est inapte pour prendre une décision adéquate, alors que l'on perçoit un risque de non conformité élevé, peut amener les soignants à adopter des stratégies visant à influencer la patiente et sa famille, pour qu'ils adhèrent au traitement proposé, ainsi qu'une attitude de directivité voire de coercition;* (H) *que dans ces circonstances, l'attitude de directivité s'accompagne d'un sentiment d'urgence à intervenir;* (H) *qu'une perception défavorable de la patiente associée à une perception de risque élevé limitent, chez les soignants, la prise en compte des sentiments de la patiente et ceux de son conjoint à l'égard des interventions envisagées.* S'ajoutent aussi celles qui proposent (p. 280) (H) *qu'une attitude de directivité, chez les soignants, associée au fait qu'ils ont développé une perception défavorable de la patiente peut conduire à son exclusion du processus de décision concernant les conditions de son traitement;* (H) *cette situation favorise le recours des soignants aux membres de la famille à titre de ressource et augmente, en conséquence, le risque de conflit de rôles pour les membres de la famille, et celle provenant du cas de Danièle (p. 232), que (H) l'attribution de ce rôle par les soignants—pour des fins*

*de soutien à leurs interventions—augmente le risque de conflit de rôle pour les membres de la famille.*

Il y a eu, comme dans les autres cas, des problèmes de communication et de concertation ainsi que des problèmes de coordination des interventions. Ceux-ci se sont traduits dans les situations où les rôles des soignants étaient moins définis et donc plus ambigus et où le psychiatre traitant exerçait moins son pouvoir légitime associé à son rôle professionnel. Toutefois, ces problèmes n'ont pas été constants et il a, tout de même, été possible d'intervenir efficacement auprès de la patiente et de sa famille. Même que, vers la fin du suivi de Florence, alors que son état s'était amélioré et stabilisé, la diminution de la cohésion professionnelle a pu l'aider à reprendre un certain contrôle sur l'organisation de sa vie personnelle et familiale.

En somme, le cas de Florence a mis en lumière un ensemble de comportements et réactions, chez les soignants, associés à leur perception, cristallisée, d'un risque élevé chronique pour la patiente et ses enfants de même qu'à l'absence de mécanismes d'objectivation de leurs perceptions dont: l'élaboration d'une perception défavorable à l'égard de la patiente, un sentiment d'urgence à intervenir, le recours quasi-automatique à la directivité et au pouvoir d'influence vis-à-vis la patiente et sa famille et un manque de considération des demandes de la patiente et de son conjoint. La Figure 22 représente les relations entre les variables associées à la persistance de perceptions défavorables et de la directivité envers la patiente et sa famille.

#### **6.13.4 Variables associées aux organisations: la primauté du système de soins**

Le cas de Florence a aussi mis en évidence un problème relié à des politiques gouvernementales, celui du financement de sa médication d'exception. Ces politiques étaient incompatibles avec les besoins de Florence et de sa famille. En dépit des multiples pressions faites par la famille et les soignants, il n'y a pas eu de dérogation possible à ces règles, mis à part le fait que la Sécurité du Revenu avait accepté de payer le médicament sous condition que cet argent lui soit remis. Cet événement a fait ressortir la primauté des règles du système administratif par rapport aux besoins individuels que représentent ceux de la patiente et de sa famille. Et ce, en dépit du fait que le respect des règles administratives risquait d'aggraver la problématique de la patiente et de sa famille. Cette situation rejoint cette proposition formulée au chapitre relatant l'histoire de Caroline (p.176) *que les paramètres organisationnels ont la fonction de répondre aux besoins du système de soins au détriment, parfois, de ceux de la patiente et de sa famille.*



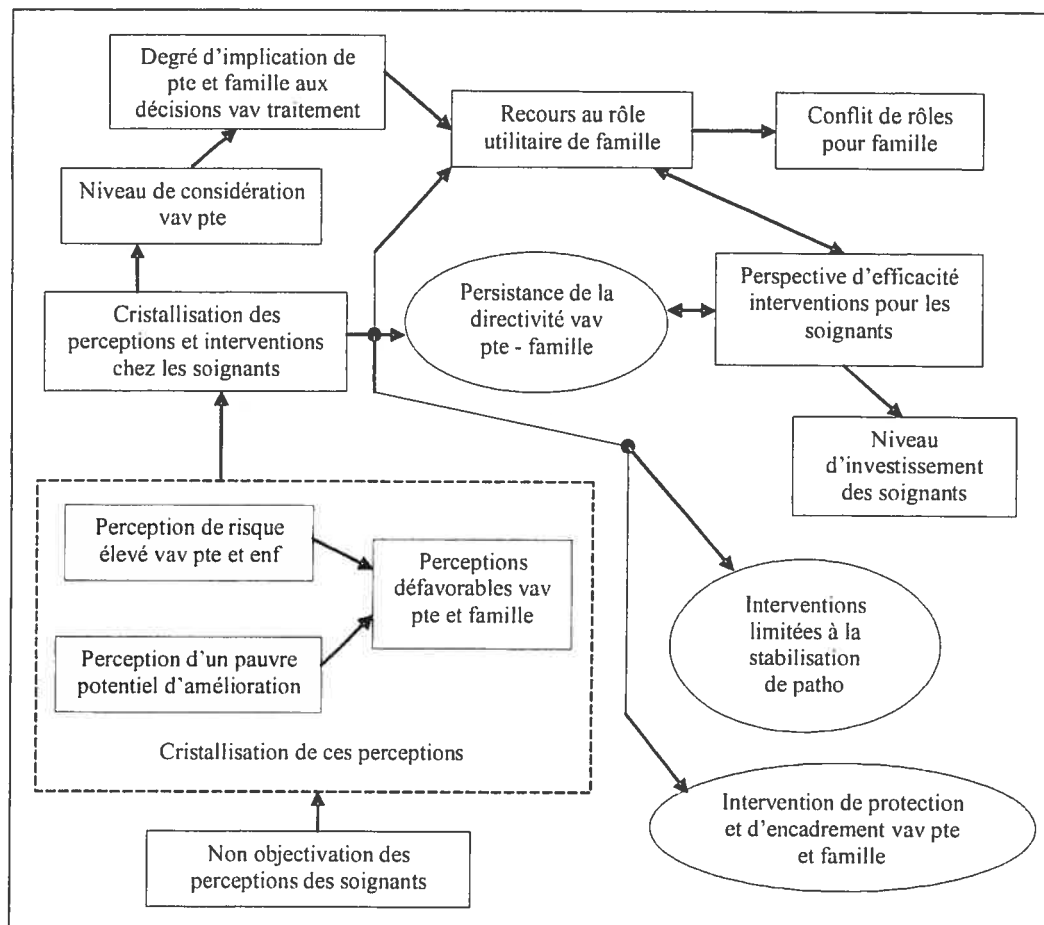


Figure 22: Facteurs associés à la cristallisation de perceptions défavorables vis-à-vis les mères atteintes de troubles mentaux et leurs familles et à la persistance d'interventions empreintes de directivité.

En conclusion, le cas de Florence a mis en évidence la complexité et le paradoxe que peut comporter l'intervention thérapeutique auprès d'une mère aux prises avec un trouble mental sévère et persistant et auprès de sa famille. Le paradoxe dans l'intervention peut s'expliquer par le sentiment d'urgence chez les soignants fondé sur leur préoccupation à protéger la patiente et ses enfants, ce qui les amena à prendre parti contre la patiente. Cela va à l'encontre des principes relatifs à l'alliance thérapeutique que l'on retrouve traditionnellement dans les soins psychiatriques. Il est plausible de penser que certains intervenants, pour ne pas contrevenir à la relation thérapeutique, font le choix de ne pas s'occuper du fait que les patientes occupent un rôle maternel. Ce qui fut le cas pour Caroline, par exemple. Il n'en reste pas moins que, dans le cas de Florence, en dépit du fait qu'elles ont posé des problèmes, les interventions ont eu un impact positif et ont pu contribuer à ce que la patiente puisse réintégrer ses rôles.

## Chapitre 7

Vers une intervention efficace: modèle conceptuel, discussion, conclusion

Ce chapitre présente une synthèse et une discussion des résultats des études des cas présentées dans cette thèse, selon les dimensions suivantes: les patientes-mères, leur environnement familial et le système d'intervention. Elle insiste sur les relations entre les variables principales identifiées qui ont eu une influence sur les interventions, qu'elles soient de nature thérapeutique—les interventions psychiatriques, sociales ou communautaires—ou de nature psychosociologique<sup>94</sup>—les interventions entre les soignants et autres agents d'intervention reliées aux aspects structurels et régulateurs des organisations et des systèmes sociaux. Les variables relatives aux patientes et à leur famille ayant eu une influence importante sur le cours des interventions sont: le rôle maternel (exigences de rôle et capacité de l'exercer), l'évolution (intensité) du trouble mental et du dysfonctionnement des patientes et la distance (rapprochement-éloignement) entre les patientes et les membres de leurs familles. Du côté des soignants, les variables retenues sont: leurs perceptions du potentiel d'amélioration des patientes et du degré de risque associé à leur état; la nature et l'intensité de leur investissement auprès des patientes et de leurs familles; le degré de directivité déployée dans les interventions; la communication et la concertation interprofessionnelles ainsi que la coordination des interventions. Les normes d'efficience et de fonctionnement des établissements et la structure de rôles professionnels, dont relèvent l'approche de spécialisation et la répartition des tâches, sont les principales variables retenues relatives aux structures organisationnelles du système d'intervention. Ce chapitre se poursuit par une discussion sur des problèmes spécifiques relatifs aux interventions adressées aux mères atteintes de troubles mentaux, à leurs familles et à leurs enfants. Cette discussion est présentée en lien avec la littérature pouvant expliquer les difficultés de prendre en compte le rôle maternel dans ces interventions. Cette discussion se centre sur les contre-attitudes observées chez les soignants, les implications potentiellement iatrogéniques dans les interventions auprès des familles et des enfants—rôle utilitaire et conflit de rôles pour les familles et interventions centrées uniquement sur l'évaluation des risques pour les enfants— et sur les contraintes associées au supra-système représenté par l'ensemble de la structure organisationnelle du système d'intervention.

De la synthèse des analyses des cas de cette étude découle un modèle conceptuel explicatif des problèmes d'interventions en santé mentale auprès des mères atteintes de troubles mentaux graves. Il est constitué d'une série de propositions, ou hypothèses, qui ont été élaborées et soumises, tout au long des analyses, à un processus de falsification à partir des données de cette étude. Cette démarche relève de l'approche d'élaboration théorique de Glaser et Strauss (1978), aussi appelée théorisation ancrée (Laperrière, 1997 et Paillé, 1994). Elle a conduit à des propositions valides, pour les cas étudiés, et plausibles, pour d'autres cas du même type de même qu'à la mise à jour de certains

---

<sup>94</sup> .Pour plus de détails, se référer à la section *Intervention* du Cadre analytique (Bloch, Chemama, Galle, et Leconte (1992; p.401)

processus impliqués dans les phénomènes observés. Toutefois, étant donné le nombre très limité de cas dans cette étude, le modèle conceptuel et ses propositions devraient être soumis à des recherches de validation pour en assurer la validité et la généralisation.

## 7.0 SYNTHÈSE DES CAS

Trois cas de mères atteintes d'un trouble mental grave, ceux de Caroline, Danièle et Florence, ont été examinés au cours des chapitres précédents. Ces trois mères ont été suivies au département de psychiatrie d'un centre hospitalier de Montréal par trois équipes différentes de soignants. Les deux premiers cas présentaient des similarités alors que le dernier comportait des distinctions importantes par rapport aux deux autres quant à la nature et à l'évolution de la pathologie maternelle. Caroline et Danièle présentaient un état très fluctuant avec d'importantes oscillations entre des épisodes de crises et d'améliorations, demeurant, en somme, dysfonctionnelles dans leurs rôles maternel et familiaux. Étant donné leur incapacité à fonctionner dans leur milieu familial et en l'absence d'autres moyens, ces deux patientes, recourraient à l'hospitalisation pour s'en soustraire. Au point où l'hôpital semblait devenir un milieu substitutif pour elles. Florence dut aussi se retirer de ses rôles maternel et familiaux en raison de sa pathologie. Bénéficiant de d'autres formes de soutien, elle pouvait cependant mieux tolérer un rapprochement avec sa famille immédiate. L'état de Florence, bien que très sévère au début, finit par se stabiliser et s'améliorer au point où elle put reprendre ses fonctions maternelles et familiales. Malgré ces différences dans l'issue de leur histoire, les trois patientes ont grandement souffert de ne pouvoir assumer leur rôle maternel, éprouvant à cet égard de fortes émotions dysphoriques. Elles ont, de plus, développé un concept de soi négatif en tant que mère que Florence arriva, avec peine, à modifier, ce que Caroline et Danièle n'ont pu arriver à faire.

Les patientes se distinguaient aussi par leur niveau d'éducation et par leur niveau de fonctionnement antérieur à l'émergence de leur pathologie. Caroline n'a pu terminer ses études secondaires alors que Danièle l'a fait et que Florence a obtenu un diplôme d'études supérieures. Les deux dernières ont occupé des emplois ce que Caroline n'est jamais arrivée à faire. Selon son histoire, Caroline n'a jamais été vraiment fonctionnelle. Elle était aux prises avec des problèmes importants de toxicomanie, même durant ses périodes d'accalmie.

Outre leurs problèmes mentaux, les trois mères ont été confrontées, à des degrés divers, à des conflits conjugaux et familiaux. Caroline et Danièle se reliaient à leurs familles (proche et élargie) selon un mécanisme répétitif et dysfonctionnel de rapprochement-éloignement. Les conflits se manifestaient surtout dans les situations de rapprochement causant, du même coup, l'éloignement entre elles. Ces situations d'éloignement, même si elles furent parfois initiées par les patientes, suscitaient chez elles des sentiments dysphoriques tel le sentiment d'être rejetées ou abandonnées. Une fois éloignées, les

patientes cherchaient à se rapprocher de leurs conjoint et famille ce qui était associé à de brefs épisodes d'amélioration chez elles. Dans le cas de Florence, l'on ne retrouve pas ce mécanisme répétitif de rapprochement-éloignement. En dehors de ses hospitalisations, moins fréquentes que celles de Caroline et de Danièle, elle a pu se maintenir auprès de sa famille. Il n'y eut pas ou peu de conflit ouvert entre elle et sa famille. Même dans la situation, où son conjoint manifesta son intention de se séparer, ils ont poursuivi leur vie commune sans conflit ouvert qui puisse mener à l'hospitalisation de la patiente.

Dans les trois cas, les conjoints des patientes en sont venus, après de multiples efforts, à vouloir s'en séparer. Ces mouvements de séparation, entrecoupés pour certains de multiples tentatives de retour, traduisaient l'ambivalence marquée éprouvée dans cette démarche. Ils durent assumer les responsabilités de leur conjointe auprès de leurs enfants, accroissant ainsi leurs charges parentale et familiale. Ceux qui se sont impliqués dans le suivi de leur conjointe, en vinrent à prendre une distance du système d'intervention.

Les membres de la famille élargie sont, quant à eux, demeurés présents en dépit des difficultés vécues dans leurs relations avec les patientes ou du fait qu'ils devaient se substituer à elles dans leurs rôles maternel et familiaux. Dans certains cas, ils se sont impliqués dans la démarche psychiatrique entreprise auprès des patientes ou ils ont été eux-mêmes suivis. Des différences furent notées quant à leur niveau d'intégration et de ressources et quant à leur niveau d'implication auprès des patientes.

En ce qui concerne les interventions, des différences importantes furent notées dans le niveau d'investissement des soignants. Dans le cas de Caroline, l'investissement des soignants était, de façon générale, assez faible. À l'exception des épisodes de crise et de ceux, beaucoup plus rares, où la patiente se montrait plus motivée. Ces épisodes de plus grande mobilisation chez les soignants étaient, cependant, de courte durée. Leur investissement se caractérisait aussi par des revirements fréquents au gré de l'évolution très fluctuante de la patiente, notamment durant la première partie de son traitement. Ces revirements ont favorisé la discontinuité et le morcellement des interventions pour Caroline et sa famille. L'investissement des soignants était beaucoup plus élevé et soutenu pour Danièle et Florence et ce, tout au long de leur traitement, bien que cela se traduisait de façon différente pour chacune d'elle. En dépit des différences notées dans l'investissement des différents soignants, ceux-ci n'avaient pas tendance à traiter les problèmes des patientes au delà de leurs troubles mentaux.

Pour les trois cas, l'investissement auprès des enfants fut minimal et axé prioritairement sur l'évaluation de leur sécurité. Les interventions portant sur les relations mère-enfants, introduites parfois tardivement dans le traitement des patientes, ont été induites en bonne partie par l'auteure. L'investissement auprès des autres membres de la famille semblait relever davantage du rôle utilitaire qu'ils pouvaient jouer auprès des patientes que d'un soutien à leur égard. Les attentes des soignants,

se manifestant à travers leurs interventions, plaçaient parfois les membres de la famille en conflit de rôle vis-à-vis les patientes.

On trouve aussi des différences importantes dans le niveau de directivité déployée dans les interventions et, ce, même entre les deux premiers cas qui ont présenté des problèmes de comportements à l'égard des soignants et des membres de leur famille. Dans les cas de Caroline et de Danièle, en dehors des épisodes de crise, le niveau de directivité fut assez faible alors qu'il fut beaucoup plus élevé et soutenu dans le cas de Florence. D'ailleurs, les demandes et attentes formulées par les deux premières patientes constituaient souvent les fondements de leur plan d'intervention au détriment, parfois, de leur propre sécurité ainsi que celle de leur famille. Quant à Florence, ses demandes étaient rarement prises en compte dans les orientations des soignants à son égard. Ceux-ci, étant donné la pathologie de la patiente et les anticipations qu'ils en faisaient, avaient plutôt tendance à conclure que la patiente n'était pas apte à décider pour elle-même et pour ses enfants et se comportaient comme tel. Les soignants de Florence se distinguaient aussi des soignants des deux autres patientes par leur niveau de préoccupation beaucoup plus élevé à l'égard des enfants.

Dans les trois cas, les soignants ont eu tendance à maintenir leurs perceptions des patientes et leurs orientations de traitement indépendamment de l'évolution de leur état et de leur fonctionnement. Dans les cas de Caroline et de Florence, cependant, les soignants ont développé rapidement une perception défavorable à leur égard ce qui a influencé leurs attitudes, comportements et interventions auprès d'elles. Un des problèmes découlant de la cristallisation de ces perceptions fut le maintien d'interventions comportant, pour Caroline, un faible investissement et, pour Florence, un niveau élevé et pratiquement constant de directivité. D'autant plus, que les soignants n'avaient pas tendance à objectiver leurs perceptions.

La communication et la concertation interprofessionnelles ainsi que la coordination des interventions étaient faibles dans le cas de Caroline alors qu'elles étaient beaucoup plus élevées chez les deux autres équipes de soignants. Dans les trois cas, la concertation interprofessionnelle fut plus difficile lorsque les soignants provenaient d'établissements différents. Elle l'a été aussi entre les soignants provenant d'un même établissement lorsque les psychiatres traitants étaient en désaccord avec les interventions des autres intervenants et lorsqu'ils n'exerçaient pas leur pouvoir légitime associé à leurs rôles professionnels dont celui de favoriser des discussions à ce sujet.

Suivant ce résumé, se trouvent une synthèse et une discussion des analyses amorcées pour chacun des cas. Leurs différences et similarités sont revues de même que les hypothèses de travail qui ont été élaborées au cours des analyses précédentes. Cette synthèse conduira à la consolidation de ces propositions et à leur reformulation, ou bien, à leur retrait, à l'élaboration de nouvelles de même qu'à la formulation de relations entre les propositions restantes. Cet ensemble de conclusions composera

le modèle conceptuel proposé dans cette thèse pour expliquer la problématique des interventions en santé mentale auprès des mères atteintes de troubles mentaux.

## **PARTIE I : SYNTHÈSE DES ANALYSES ET DISCUSSION**

### **7.1 RÔLE MATERNEL ET TROUBLE MENTAL**

Pour les trois patientes de cette étude, le rôle maternel fut un facteur important dans l'évolution de leurs troubles mentaux. Pour chacune d'elles, ces troubles sont apparus ou se sont aggravés avec la maternité. Dans le cas de Caroline, ses problèmes, déjà établis, se sont aggravés après la naissance de ses enfants et l'ont conduite à sa première hospitalisation en psychiatrie. L'histoire de sa troisième maternité illustre le processus d'aggravation de son trouble mental qui s'est stabilisé après qu'elle ait renoncé à reprendre la charge de cet enfant. Quant aux deux autres patientes, leur psychopathologie a émergé au cours de l'année qui suivit la naissance de leur enfant alors qu'elles avaient démontré, jusque là, un fonctionnement sans problème majeur et, dans le cas de Florence, supérieur à la moyenne. Toutefois, leur histoire respective montre que ces deux patientes étaient déjà aux prises avec des problèmes personnels demeurés, jusque là, sous contrôle. Notons, entre autres, leurs besoins massifs de dépendance à l'égard de leur entourage et leurs exigences très élevées à l'égard d'elles-mêmes et parfois de leurs familles. Les données issues des trois cas de cette étude appuient l'existence d'un lien entre le développement ou l'aggravation d'une psychopathologie et la maternité si les mères présentent déjà une fragilité au plan de leur santé mentale et si elles sont incapables d'exercer leur rôle maternel. La proposition, formulée lors de l'analyse du cas de Danièle (p. 233), est maintenue ici: (H1) *lorsqu'une femme présente une fragilité ou un problème de santé mentale, le rôle maternel qui comporte l'ajout de responsabilités et d'exigences élevées, contribue au développement ou à l'aggravation d'un trouble mental plus sévère, si la mère se sent incapable d'assumer son rôle maternel.*

L'émergence ou l'aggravation des troubles mentaux et les difficultés des patientes à assumer leur rôle maternel sont reliées dans un rapport de circularité. Si les troubles mentaux ont eu l'effet d'entraîner, chez les mères, des difficultés à exercer leur rôle maternel, ces difficultés ont aussi eu des implications importantes sur leur état émotif et sur leur perception de soi en tant que mère, lesquelles implications sont venues à leur tour aggraver leurs troubles mentaux. Ce même rapport circulaire entre le trouble mental et le rôle maternel s'est aussi manifesté dans la situation où le trouble mental a émergé suite à la maternité. L'histoire de Danièle a illustré cette relation entre l'avènement d'une nouvelle maternité et le développement ainsi que l'aggravation de sa psychopathologie. Les responsabilités et les exigences inhérentes à son rôle maternel, qu'elle se sentait incapable d'assumer, ont suscité, chez-elle,

de fortes émotions dysphoriques au point où elle ressentit le besoin de s'éloigner de son enfant. Cette patiente en vint rapidement à se percevoir comme totalement et définitivement incapable d'assumer son rôle maternel. Et elle n'y arriva jamais. Cette analyse portant sur la relation entre les troubles mentaux des mères et leur rôle maternel suggère (H2) *que les troubles mentaux des mères et leur incapacité à assumer leur rôle maternel sont associés dans un rapport de circularité.*

La notion de conflit de rôle maternel<sup>95</sup> apporte un éclairage intéressant sur les problèmes des patientes à l'égard de ce rôle. Les cas de Danièle et de Florence illustrent l'élaboration d'un tel conflit qui engendra, très rapidement, chez elles, un sentiment d'incompétence dans les tâches relatives au rôle maternel. Rappelons que l'acquisition et la maîtrise du rôle maternel sont liées de près au sentiment de compétence parentale découlant de la perception de la mère de ses habiletés parentales, de son degré de confiance à cet égard, de la valeur accordée à ce rôle et du degré de bien-être ressenti dans l'exercice de ce rôle. De même, le niveau de compétence parentale, correspondant à la capacité réelle de la mère à répondre aux besoins de son enfant, influence l'appropriation du rôle maternel par la mère (Walker, Crain et Thompson, 1986b dans Léonard et Paul, 1996). De plus, la compétence parentale est implicitement exposée au jugement des autres selon le degré de concordance entre les actions des parents et les normes et attentes de la société (Sabaletti et Waldron, 1995)<sup>96</sup>. Le conflit de rôle maternel s'explique, pour ces cas, par l'écart entre leurs propres attentes de rôle maternel, souvent idéalisées, les attentes élevées qu'elles percevaient de leur entourage et leur propre perception de leur incapacité à exercer ce rôle. Le sentiment d'incompétence maternelle, éprouvé par Danièle, était relié, ou du moins aggravé, par sa perception que les membres de sa famille avaient des attentes élevées par rapport à l'exercice de son rôle maternel. Quant à Florence, il émanait davantage de l'écart entre ses propres attentes de rôle, idéalisées, et ses difficultés à l'exercer. Cette analyse suggère que (H3) *la perception des mères atteintes de troubles mentaux quant à leur incapacité à exercer leur rôle maternel, leurs attentes de rôle maternel et leur perception des attentes de leur entourage influencent leur concept de soi en tant que mère. Cette influence—si elle est négative—contribue à l'élaboration d'un conflit de rôle maternel; et que (H4) le conflit de rôle maternel accroît la sévérité du trouble mental et son impact négatif sur les capacités des mères à exercer leur rôle maternel, contribuant ainsi à la persistance du trouble mental.*

La maternité eut l'effet de modifier pour les patientes et leurs familles la configuration de leurs rôles intra- et interpersonnels. De tels réaménagements ne furent pas sans conséquence. Les cas de Danièle et de Florence ont montré à quel point leur maternité a modifié l'ensemble de leurs rôles. Elles se sont ainsi retrouvées en position de conflit de rôles. Les deux patientes ont en effet exprimé, à plusieurs reprises, comment elles se sentaient plus à l'aise et plus valorisées dans leur rôle de travailleuse que dans leur rôle de mère. L'ajout des responsabilités maternelles et des problèmes qui se sont développés

<sup>95</sup> Pour une définition du concept de conflit de rôle maternel, se référer au *Cadre analytique* à la section intitulée *Conflit de rôle*.

<sup>96</sup> Pour plus de détails concernant les notions de rôle maternel et de compétence parentale, référer au *Cadre Analytique*.



par la suite ont limité leur accès au milieu du travail. Le rôle maternel, par le fait qu'il se place en position antagoniste par rapport aux autres rôles, peut ainsi créer, chez une femme, un déséquilibre dans ses rôles intra-personnels. Aussi, selon son état de fragilité, ce déséquilibre lié aux changements dans les rôles habituellement tenus s'ajoute aux déséquilibres émotif et psychologique induits par la maternité. Le rôle maternel a aussi des impacts sur les rôles inter-personnels et familiaux des mères et des autres membres de la famille, ce qui sera discuté à la section suivante. Cette analyse permet de proposer que (H5) *l'exercice du rôle maternel, selon la capacité des mères atteintes de troubles mentaux de répondre aux exigences de ce rôle, contribue à des réaménagements dans la configuration de leurs rôles intra- et inter-personnels. Ces réaménagements, s'ajoutant aux déséquilibres déjà en place, les exposent à des conflits de rôles intra- et inter-personnels.*

Les difficultés des patientes à assumer leur rôle maternel, en suscitant chez elles un état émotif perturbateur ont contribué à leur éloignement de leurs familles. Un des moyens auquel elles eurent recours pour réduire leur conflit de rôle maternel fut d'établir une distance à l'égard de ce rôle. Dans le cas de Florence, cette distance pouvait prendre la forme d'un retrait, à même le milieu familial, augmentant, en conséquence, la charge parentale de son conjoint ou obligeant la famille élargie à se substituer à elle. Danièle et Caroline, quant à elles, recourraient le plus souvent à des hospitalisations. En voulant prendre une distance de leur rôle maternel, ces patientes devaient donc s'éloigner de leur milieu familial. Cet éloignement était parfois initié par les patientes, elles-mêmes, qui éprouvaient, de cette façon, un certain soulagement et une impression de répit. Toutefois ces sentiments ne duraient pas et étaient rapidement remplacés par des sentiments dysphoriques tels, un sentiment de culpabilité à l'égard des membres de leur famille, l'aggravation de leur sentiment d'incompétence vis-à-vis leur rôle maternel ainsi que le sentiment d'être abandonnée par leur famille et, ce, même dans les situations où les patientes, elles-mêmes, avaient initié cet éloignement. Cela n'était pas sans provoquer ou réactiver des conflits conjugaux et familiaux. L'éloignement du milieu familial créait ainsi un paradoxe contribuant, à son tour, au conflit de rôle maternel. En conséquence, avec l'éloignement du milieu familial, la teneur et la durée du trouble mental des patientes s'en trouvait augmentées.

La mise à distance du rôle maternel n'a pas été que source de problèmes. Elle a pu contribuer, dans certains cas, à l'amélioration et la stabilisation du trouble mental des patientes, s'il leur était possible de maintenir une certaine proximité des enfants et de leurs familles. Elles pouvaient ainsi exercer leurs rôles familiaux dans des limites et des conditions supportables pour elles. Cela fut noté dans les trois cas notamment, celui de Caroline, lors de sa période d'accalmie, et de Florence, pour qui le soutien familial lui a permis de maintenir une proximité avec ses enfants sans qu'elle ait à s'en occuper. Une proposition en ce sens avait été formulée dès l'analyse du cas de Caroline (p.110) et modifiée, lors de l'analyse du cas de Danièle (p. 226). En somme, le cumul de ces analyses permet de proposer que (H6) *le conflit de rôle maternel, selon son intensité, a un impact sur la distance que prennent les mères atteintes de troubles mentaux à l'égard de ce rôle; que (H7) la distance établie par les mères atteintes*

*de troubles mentaux à l'égard de leur rôle maternel, selon le niveau de proximité avec leurs enfants et les perceptions et sentiments qui en découlent, influence leur état de pathologie et de fonctionnement; et que (H8) la distance établie par les mères atteintes de troubles mentaux à l'égard de leur rôle maternel influence leur distance à l'égard de leur famille, lesquelles distances influencent à leur tour leur état de pathologie et de fonctionnement.*

Le fait que Florence ait pu maintenir une présence auprès de ses enfants a pu être un facteur contributif à la reprise de son rôle maternel. D'autres phénomènes observés dans ce cas, et qui ne l'ont pas été dans les cas de Caroline et de Danièle, peuvent aussi expliquer la reprise, sur une base permanente, de son rôle maternel. Contrairement aux deux autres patientes, l'augmentation de ses responsabilités maternelles s'est accompagnée d'une amélioration de sa psychopathologie et de son fonctionnement. Par ailleurs, Florence reprit son rôle maternel à une période où son trouble mental s'était stabilisé et son fonctionnement amélioré. Dans ces conditions, le fait de devoir assumer de telles responsabilités est devenu un facteur de mobilisation chez cette patiente. Cette différence entre le cas de Florence et ceux de Danièle et de Caroline peut s'expliquer par le fait qu'elle présentait une pathologie différente des deux autres patientes et que la composante psychotique et les symptômes négatifs, qui en découlèrent, ont pu être traités efficacement par une médication. D'autres facteurs relatifs à la famille et au système d'intervention ont contribué à ce que la patiente reprenne ses responsabilités maternelles dont les interventions soutenues de la famille et des soignants. S'appuyant sur une proposition déjà formulée au chapitre portant sur le cas de Florence (p. 261), il est proposé que (H9) *l'amélioration durable de la pathologie et du fonctionnement des mères atteintes de troubles mentaux, le maintien de leur présence auprès de leurs enfants sans qu'elles aient à répondre à toutes les exigences du rôle maternel sont des conditions favorisant la réintégration de leur rôle maternel; et que (H10) la reprise du rôle maternel, si ce rôle lorsque ré-assumé induit le sentiment d'un certain niveau de compétence maternelle, contribue à son tour à l'amélioration du trouble mental.*

La relation circulaire entre le rôle maternel, les sentiments dysphoriques qu'il suscite et les troubles mentaux des patientes n'est pas toujours manifeste pour les patientes comme pour les intervenants. Les patientes ne reconnaissaient pas toujours les liens entre leur rôle maternel et leurs troubles mentaux. Ces liens n'étaient, non plus, pas toujours reconnus, ou, s'ils l'étaient, cela n'était pas toujours traité par les soignants. Les difficultés de Caroline, par exemple, que ce soit au plan conjugal ou au plan maternel, se manifestaient—comme cela se produit souvent avec les troubles de personnalité limite—dans l'agir plutôt que dans l'expression verbale et nécessitaient, en conséquence, un encadrement plus important de la part des soignants. Dans ces circonstances, peu de place était laissée à son vécu de mère dans les interventions. Toutefois, lorsqu'elle se trouvait dans un état plus dépressif, Caroline exprimait de façon plus appropriée des sentiments dysphoriques à l'égard de son rôle maternel. Ils étaient alors davantage pris en considération. Quant à Florence, ses difficultés à reconnaître sa pathologie et ses problèmes à l'égard du rôle maternel s'expliquaient, d'un côté, par des

facteurs liés à son trouble mental, de nature psychotique et paranoïde, tel son mécanisme de déni et la méfiance ressentie à l'égard des soignants, et, d'autre part, par ses propres attentes idéalisées à l'égard du rôle maternel, ce qui rendaient inacceptables à ses yeux son incapacité à l'assumer. Ces conditions ont fait en sorte que ses difficultés à l'égard de son rôle maternel lui étaient peu accessibles. Avec le temps et avec le développement d'une relation de confiance entre elle et les soignants, elle a pu reconnaître l'existence d'un lien entre son rôle maternel et sa psychopathologie. Il a fallu, en effet, au moins deux années pour que Florence commence à reconnaître ouvertement ses difficultés au plan du rôle maternel et, ce, après plusieurs tentatives de la part des soignants d'aborder cette dimension du problème. En fait, elle n'a pu reconnaître et exprimer ses difficultés dans son rôle maternel avant qu'elle n'ait minimalement pu accepter ses limites sur ce plan. En somme, ces observations permettent de proposer que (H11) *la difficulté chez les mères atteintes de troubles mentaux à reconnaître la relation entre leur rôle maternel et leur trouble mental est attribuable, en grande partie, à la nature du trouble mental, aux mécanismes de défenses qui y sont inhérents ainsi qu'à l'état de leur perception d'elles-mêmes en tant que mère* et que (H) *la reconnaissance par les mères atteintes de troubles mentaux de leurs difficultés à exercer leur rôle maternel est une condition préalable à une intervention thérapeutique axée sur leur rôle maternel*. Cette question de la reconnaissance du rôle maternel sera reprise dans une prochaine section du présent chapitre portant sur les soignants.

En conclusion, cette analyse synthèse fait ressortir un processus de développement ou d'aggravation des troubles mentaux chez les mères, associé à leur rôle maternel. Il découle de l'interaction d'une série de variables associées aux mères dont: l'évolution de leur pathologie, leur capacité à exercer leur rôle maternel, leur concept de soi en tant que mère, leurs attentes de rôle maternel, leur perception des attentes de rôle de leur entourage, le conflit de rôle maternel et la distance prise à l'égard de leur rôle maternel.

Ces variables, selon leurs valeurs (positive ou négative), interagiraient selon la dynamique suivante. Le rôle maternel, qu'il soit à l'origine ou non du déclenchement du trouble mental, a une influence certaine sur l'évolution subséquente de ce trouble. Il peut agir à titre d'élément déclencheur du trouble mental (variable indépendante), si la mère présentait déjà une santé mentale fragile, ou comme un facteur de co-morbidité, si le trouble mental était déjà présent (variable intermédiaire). En conséquence, les mères souffrant de troubles mentaux, en raison de leur incapacité à exercer leur rôle maternel selon leurs attentes, développent une perception négative d'elles-mêmes en tant que mère et un sentiment d'incompétence maternelle. Leur concept de soi, qui, dans la plupart des cas, comporte déjà des problèmes, est aussi influencé par le niveau de concordance entre leurs attentes personnelles de rôle maternel et les attentes de rôle qu'elles perçoivent de leur entourage. S'il y a discordance entre ces variables, les patientes développent des sentiments dysphoriques à l'égard de leur rôle maternel ainsi que la perception qu'elles ne peuvent l'assumer adéquatement, d'où l'élaboration d'un conflit de rôle maternel. Cette situation fait en sorte qu'elles ressentent le besoin de s'en retirer, ce qui peut

provoquer leur éloignement plus ou moins durable du milieu familial. En ce sens, bien que contribuant, dans un premier temps, à une certaine accalmie au plan de la pathologie, l'éloignement du milieu familial induit d'autres problèmes qui favorisent le maintien ou l'aggravation du trouble mental pour les patientes.

La stabilisation de la psychopathologie est une des conditions qui peut faciliter la reprise du rôle maternel par les patientes, laquelle, à son tour, peut contribuer au maintien de l'amélioration et de la stabilité de leur état. Dans un des cas de cette étude, la reprise du rôle maternel qui fut une expérience gratifiante a été un facteur de mobilisation pour la patiente. Par ailleurs, d'autres conditions facilitantes, relatives à la famille et au système d'intervention, étaient présentes dans ce cas. Ces conditions seront discutées plus loin.

Les conclusions portant sur la relation entre la maternité, le rôle maternel, le trouble mental et la capacité d'exercer le rôle maternel sont cohérentes avec celles de plusieurs auteurs (Ainsworth, 1973; Anicet, Autin, Chauvin, Jardin, LeVan et Richaud, 1999; Beardslee, Versage et Gladstone, 1998; Bohlin et Hagekull, 1987; Boureau et Valleur, 1985; Bowlby, 1981; Cazas, Dhôte, Bouttier et Ginestet, 1990; Decerf, 1987; Isserlis, 1986; Klein, 1979; Oates, 1997; Lamour et Barraco, 1998; McKay, 2004; Pépin, 1991; Racamier, 1979; Righetti-Veltema, 1986; Scarfone et Pepin, 1991; Shaffer, 1977 et Winnicott, 1971). Les relations entre l'acquisition du rôle maternel et la compétence parentale ont été évoquées précédemment. Les phénomènes, décrits chez les patientes, tels le conflit de rôle maternel, le sentiment d'incompétence ressenti dans l'exercice de ce rôle de même que sa mise à distance trouvent aussi écho avec les propos de Rubin (1984 dans Mercer et Ferketich, 1994) énonçant que la formation de l'identité maternelle et l'acquisition d'une compétence sur ce plan sont reliées à l'élaboration d'un lien d'attachement entre la mère et l'enfant. De même, selon Sabaletti et Waldron (1995), la mère élaborerait sa nouvelle identité en recherchant de l'information lui permettant de vérifier ses valeurs et d'acquérir un sentiment de maîtrise dans son rôle maternel ainsi qu'un concept de soi positif en tant que mère. Elle obtient ces informations à partir de son réseau social et des réactions de son enfant. Les réactions de l'enfant de même que celles de l'entourage peuvent donc avoir un impact important sur l'acquisition du rôle maternel et sur le sentiment de compétence parentale. Cela fut effectivement observé dans les trois cas de cette étude.

Cette analyse a permis de clarifier le processus de développement ou d'aggravation du trouble mental des patientes de cette étude en relation avec leur rôle maternel. Elle répond ainsi à une partie de la première question de recherche qui était d'identifier les éléments (variables) constitutifs du rôle maternel et l'état de ces éléments en ce qui a trait aux mères de cette étude. Le processus décrit est présenté ici sous la forme de propositions finales et d'une figure (23) illustrant les relations entre les propositions (H1) à (H6). Les autres propositions sont représentées à la figure 24.

- (H1) *Lorsqu'une femme présente une fragilité ou un problème de santé mentale, le rôle maternel qui comporte l'ajout de responsabilités et d'exigences élevées, contribue au développement ou à l'aggravation d'un trouble mental plus sévère, si la mère se sent incapable d'assumer son rôle maternel.*
- (H2) *Les troubles mentaux des mères et leur incapacité à assumer leur rôle maternel sont associés dans un rapport de circularité.*
- (H3) *La perception des mères atteintes de troubles mentaux quant à leur incapacité à exercer leur rôle maternel, leurs attentes de rôle maternel et leur perception des attentes de leur entourage sont associées à leur concept de soi en tant que mère. Cette relation—si elle est négative—contribue à l'élaboration d'un conflit de rôle maternel.*
- (H4) *Le conflit de rôle maternel accroît la sévérité du trouble mental et son impact négatif sur les capacités des mères à exercer leur rôle maternel, contribuant ainsi à la persistance du trouble mental.*
- (H5) *L'exercice du rôle maternel, selon la capacité des mères atteintes de troubles mentaux de répondre aux exigences de ce rôle, contribue à des réaménagements dans la configuration de leurs rôles intra- et inter-personnels. Ces réaménagements, s'ajoutant aux déséquilibres déjà en place, les exposent à des conflits de rôles intra- et inter-personnels.*
- (H6) *Le conflit de rôle maternel, selon son intensité, a un impact sur la distance des mères atteintes de troubles mentaux à l'égard de ce rôle.*
- (H7) *La distance établie par les mères atteintes de troubles mentaux à l'égard de leur rôle maternel, selon le niveau de proximité avec leurs enfants et les perceptions et sentiments qui en découlent, influence leur état de pathologie et de fonctionnement.*
- (H8) *La distance établie par les mères atteintes de troubles mentaux à l'égard de leur rôle maternel influence leur distance à l'égard de leur famille, lesquelles distances influencent à leur tour leur état de pathologie et de fonctionnement.*
- (H9) *L'amélioration durable de la pathologie et du fonctionnement des mères atteintes de troubles mentaux, le maintien de leur présence auprès de leurs enfants sans qu'elles aient à répondre à toutes les exigences du rôle maternel sont des conditions favorisant la réintégration de leur rôle maternel.*

- (H10) *La reprise du rôle maternel, si ce rôle lorsque ré-assumé induit le sentiment d'un certain niveau de compétence maternelle, contribue à son tour à l'amélioration du trouble mental.*
- (H11) *La difficulté chez les mères atteintes de troubles mentaux à reconnaître la relation entre leur rôle maternel et leur trouble mental est attribuable, en grande partie, à la nature du trouble mental, aux mécanismes de défenses qui y sont inhérents ainsi qu'à l'état de leur perception d'elles-mêmes en tant que mère.*

## **7.2 DISTANCE ENTRE LES MÈRES ATTEINTES DE TROUBLES MENTAUX ET LEURS FAMILLES: PROCESSUS ET IMPACTS**

La relation entre le rôle maternel de mères souffrant de troubles mentaux et l'évolution de leur trouble mental n'est pas sans être influencée par leur environnement familial. Comme on l'a vu à la section précédente, la distance entre les patientes et les membres de leurs familles, générée le plus souvent par le besoin des mères de se distancer de leurs responsabilités maternelles, fut une variable importante qui a influencé l'évolution de la pathologie et du fonctionnement des patientes. Cette distance relationnelle s'est traduite par des mouvements, parfois successifs et rapides, de rapprochement et d'éloignement entre eux au gré des états de pathologie et de fonctionnement des patientes et du vécu des membres des familles. Ces mouvements, le plus souvent dysfonctionnels, suscitaient des réactions tant chez les patientes que chez les autres membres de leurs familles. Ces réactions, qui variaient selon le statut de la personne (patiente elle-même, conjoint, enfant et membres de la famille élargie) qui initiait ces mouvements relationnels, ont été à l'origine de plusieurs des conflits conjugaux et familiaux observés dans cette étude. Cette section examine donc les réactions des patientes et des autres membres de leurs familles aux mouvements d'éloignement et de rapprochement entre eux afin de mieux comprendre le processus d'élaboration ou d'aggravation des conflits conjugaux ou familiaux et l'impact des variables associées à l'environnement familial sur l'évolution des patientes.

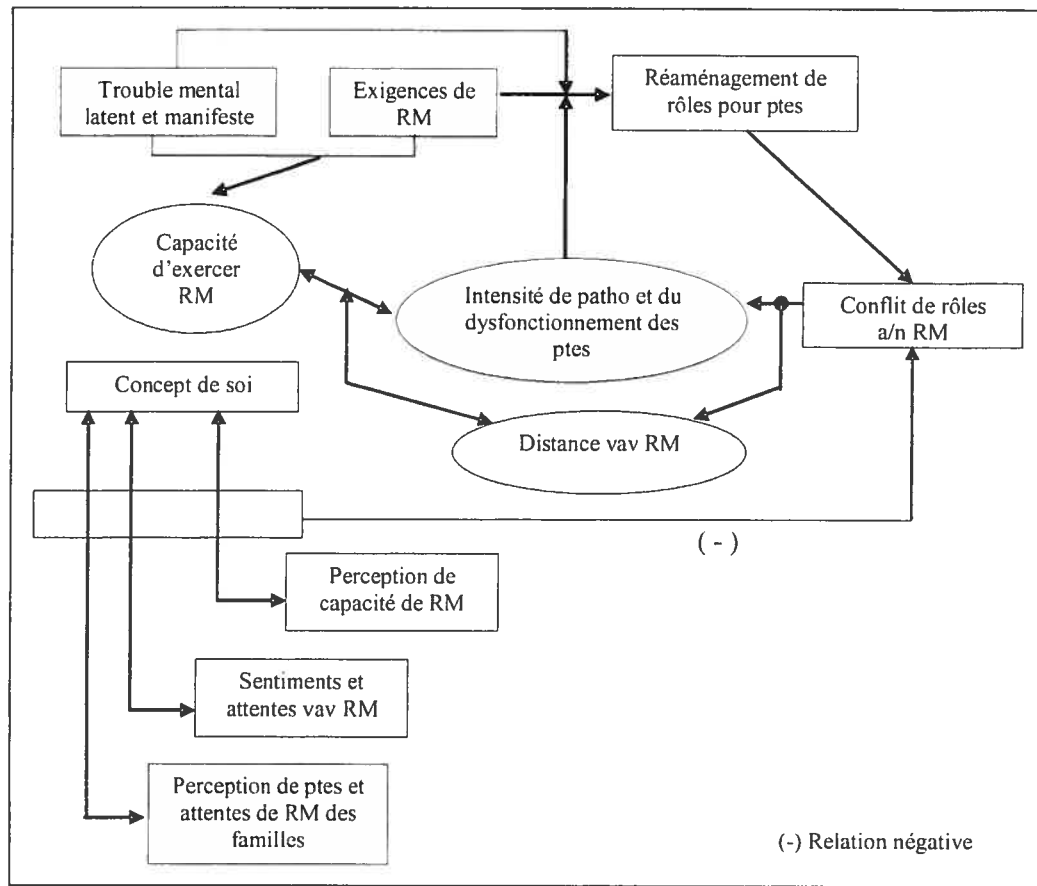


Figure 23: Relations entre le trouble mental des mères atteintes de troubles mentaux, leurs perceptions et sentiments à l'égard de leur rôle maternel et la distance établie vis-à-vis ce rôle.

### 7.2.1 Famille immédiate

Bien qu'il ait été établi, qu'en raison de leur besoin de se retirer de leur rôle maternel, les patientes pouvaient elles-mêmes s'éloigner de leur famille, elles ont montré une sensibilité importante aux mouvements de rapprochement et d'éloignement déclenchés par leurs conjoints et leurs enfants. Pour Caroline et Danièle, tous les comportements de leurs conjoints et de leurs enfants, perçus comme étant de l'éloignement ou une intention de prendre une distance, indépendamment du fait que ces éloignements avaient pu être initiés par elles, ont été vécus comme du rejet ou de l'abandon à leur égard. Leurs réactions différaient selon que l'éloignement était perçu comme provenant du conjoint ou des enfants. Dans le cas de Danièle, il fut plus clair que la détérioration de son état passait par une colère envahissante qui l'amena à adopter des comportements hostiles et abusifs à l'égard de son conjoint. Cette colère s'adressait aussi à son enfant qu'elle percevait parfois comme une rivale ou comme étant la cause de ses problèmes. De son côté, Caroline a aussi

manifesté de la colère à l'égard de ses conjoints alors qu'elle exprimait plutôt de la tristesse et du désespoir lorsqu'elle percevait du rejet de la part de ses enfants. Cette perception d'être rejetée ou abandonnée a été fréquemment à l'origine de conflits conjugaux et de l'aggravation de leur pathologie.

Ce phénomène d'éloignement entre les patientes et leur famille immédiate s'est accentué graduellement et a conduit deux des patientes, Caroline et Danièle, à un éloignement définitif de leur famille. Ce phénomène d'éloignement définitif passa par une succession d'épisodes de séparations puis de brefs rapprochements entre elles et leurs conjoints. Ces rapprochements étaient généralement suivis d'une amélioration temporaire de l'état des patientes. Les données du cas de Danièle ont mis en évidence, chez son conjoint et les autres membres de sa famille, l'espoir et la mobilisation suscités par ces améliorations. Après quelques essais de reprise de la vie commune entre Danièle et son conjoint, celui-ci, ne pouvant plus tolérer la distance constamment réaménagée par la patiente, finit par s'en distancer de façon définitive, sans possibilité de retour. Ce cas illustre clairement le processus de séparation conjugale et familiale induit par le besoin de la patiente de se distancer de sa famille immédiate, étant donné son incapacité à exercer son rôle maternel et à accepter cet échec. Sa pathologie et son dysfonctionnement s'en trouvaient ainsi constamment aggravés. Bien que les données à cet effet aient été moins explicites dans les deux autres cas, il était clair que le rôle maternel des patientes, soit parce qu'elles ne pouvaient l'exercer pleinement ou soit, comme pour Caroline, parce que le conjoint ne pouvait tolérer la présence de l'enfant, fut à l'origine des séparations le plus souvent définitives entre eux.

L'éloignement entre les patientes et leur famille immédiate a pu aussi être un facteur de mobilisation pour les patientes. Le cas de Florence en est un exemple. Non seulement n'a-t-elle pas réagi aussi négativement que les deux autres patientes à l'éloignement de son conjoint et de ses enfants, mais, la menace de séparation l'a amenée à se mobiliser davantage. En fait, comme pour la reprise du rôle maternel, le mouvement de séparation déclenché par son conjoint a eu un effet mobilisateur sur elle, en ce sens qu'elle a fait tous les efforts pour le reconquérir. Alors que pour les deux premières patientes, l'éloignement de leur conjoint et de leurs enfants conduisait, le plus souvent, à l'aggravation de leur pathologie, dans le cas de Florence, l'éloignement de son conjoint a plutôt conduit à une réaction de mobilisation personnelle et à une amélioration de sa condition.

Comment expliquer une telle réaction chez une patiente qui présentait un trouble mental grave ? Lorsque l'on compare les trois cas, plusieurs explications peuvent être évoquées ici. Tout d'abord, l'éloignement entre Florence et son conjoint est survenu assez tardivement dans son histoire psychiatrique, dans une période où son état était mieux contrôlé. En outre, en dépit de l'éloignement de son conjoint, elle a pu maintenir son rôle maternel auprès de ses enfants. Même



avec la perspective de la séparation, le couple maintenait des contacts positifs—ou du moins non conflictuels—entre eux. L'intensité apparemment modérée du conflit conjugal de même que l'endiguement du conflit à l'intérieur de frontières, excluant l'hostilité ou l'abus entre les conjoints, ont pu contribuer à éviter une séparation complète et définitive. Les membres de la famille élargie sont demeurés présents auprès de Florence et, à l'opposé de Danièle, il ne semblait pas y avoir de conflit ouvert entre la patiente et ses parents. En somme, Florence a pu maintenir son réseau de soutien et, une fois son état amélioré, elle a pu recréer un réseau social autour d'elle. Sur le plan des interventions, la pathologie de Florence a pu être traitée avec une certaine efficacité par un traitement pharmacologique. La patiente a, en outre, pu bénéficier d'interventions soutenues, dont une intervention au plan du rôle maternel qui a contribué à améliorer sa perception et sa confiance en elle-même.

Ces explications, bien que plausibles, ne permettent toutefois pas de conclure à une relation déterminante entre l'éloignement du conjoint et la réaction de mobilisation de Florence vers une plus grande autonomie. De plus, indépendamment de ces différences notées dans les réactions des trois patientes, les données montrent que les difficultés à tenir leur rôle maternel eurent, pour chacune d'elles, un impact négatif important sur leurs relations de couple et sur leur vie familiale. Ces difficultés ont contribué à un éloignement plus ou moins durable entre les patientes et leur conjoint ce qui a mené, pour deux des patientes, à une séparation définitive de leurs conjoints et de leurs enfants.

En résumé, les données de cette étude suggèrent que (H12) *la distance établie par les mères atteintes de troubles mentaux vis-à-vis leur rôle maternel et leurs réactions dysfonctionnelles à cet égard, en raison principalement de leur incapacité à exercer ce rôle et des réaménagements de rôles inter-personnels qui en découlent, contribuent à induire ou à amplifier un conflit conjugal entre les mères et leur conjoint lequel conflit, s'il persiste, conduit à un éloignement plus ou moins définitif entre eux.* Les patientes sont sensibles à la distance établie entre elles et les membres de leur famille immédiate. (H13) *Cette sensibilité peut prendre des valeurs différentes et suscitent des réactions plus ou moins négatives qui varient selon: la direction—éloignement ou rapprochement—du mouvement entre les patientes et leur famille; le sens qu'elles attribuent à ce mouvement; le statut du ou des membres de la famille qui déclenchent le mouvement (mère, conjoint, enfant); la perception qu'ont les patientes de l'éloignement; l'état de leur pathologie ou fonctionnement; l'ampleur des conflits conjugaux et familiaux; et la possibilité pour les mères de maintenir un certain rapprochement avec leurs enfants.* (H14) *L'éloignement entre les mères atteintes de troubles mentaux de leur famille immédiate, s'il est vécu négativement par les mères, contribue à l'aggravation et à la perpétuation de leur trouble mental.* En somme, il est approprié de reporter ici une proposition, formulée lors de l'analyse du cas de Danièle (p. 227), que (H15) *le conflit de rôle maternel et le conflit conjugal sont interreliés et s'influencent mutuellement.*

Par ailleurs, l'amélioration ou la stabilisation de la pathologie des patientes peut réduire le risque d'éloignement des conjoints et ses impacts. Dans ces conditions et dans le contexte où l'intensité du conflit conjugal est contrôlée, l'éloignement des conjoints peut devenir un facteur de mobilisation pour les mères atteintes de troubles mentaux. Ce phénomène de mobilisation liée à l'éloignement d'un conjoint, bien qu'il se soit produit dans les trois cas de cette étude, fut observé plus clairement chez une seule des trois patientes. Il est tout de même possible de proposer (H16) *que des facteurs tels l'amélioration et la stabilisation du trouble mental, la possibilité de contrôler l'intensité des conflits conjugaux et familiaux et la possibilité d'investissement thérapeutique—tant envers que de la part des mères atteintes de troubles mentaux et de leurs familles—peuvent réduire l'impact négatif du trouble mental des mères sur elles-mêmes et sur leur famille.* Cette proposition demeure faible, par ailleurs, et ne constitue pas une conclusion qui peut être généralisée à l'ensemble des mères souffrant de troubles mentaux graves. Elle mérite toutefois d'être maintenue pour des études ultérieures portant sur l'aménagement des relations conjugales et familiales chez les mères atteintes de troubles mentaux.

### **7.2.2 Famille élargie**

Les attitudes et comportements des membres de la famille élargie—parents, beaux-parents, fratrie—eurent aussi des impacts sur les réactions et l'évolution des patientes. De façon générale, l'on observa de la part des parents et des beaux-parents une présence importante et soutenue auprès des patientes et de leur famille immédiate en dépit d'attitudes parfois très problématiques à leur égard. Les autres membres de la famille, notamment la fratrie, prenaient plus facilement leurs distances lorsque les patientes se trouvaient dans des états plus détériorés ou lorsqu'elles adoptaient des comportements problématiques à leur égard. Ils exprimaient, aussi, plus ouvertement leur colère lorsqu'ils se sentaient abusés.

Les mouvements d'éloignement provenant de la famille élargie, qu'ils se soient produits réellement ou qu'ils aient été perçus de façon erronée par les patientes, suscitaient généralement de la colère chez ces dernières. Ils n'ont cependant pas eu un impact aussi négatif que ceux initiés par les membres de la famille immédiate. À titre d'exemple, il n'y a pas eu de séparation définitive entre les patientes et les membres de la famille élargie. Ces derniers cherchaient à maintenir un rapprochement avec les patientes et continuaient à leur offrir leur soutien. En effet, alors que les conjoints en vinrent à s'éloigner définitivement des patientes, les membres de la famille élargie demeurèrent auprès d'elles en dépit des comportements difficiles de ces dernières à leur égard. Il apparaît assez clair que les motifs de leur présence auprès des patientes, dans le contexte où ces dernières avaient un rôle maternel à assumer, étaient d'apporter aide et soutien au plan des rôles maternel et familiaux. De plus, la nature du lien familial est un autre variable ayant pu influencer

les mouvements relationnels entre les patientes et leurs familles. D'ailleurs, des propositions en ce sens avaient été formulées au chapitre relatant l'histoire de Danièle (p. 226) soit que (H) *la nature du lien familial et la présence des enfants ont contribué à assurer le maintien de la présence des membres de la famille élargie* et (H) *que la famille élargie représente un élément potentiel de stabilité et d'investissement pour la patiente et son enfant*. À cette étape, cette dernière proposition est reformulée ainsi: (H17) *La famille élargie représente un élément potentiel de stabilité et d'investissement et un réseau de soutien d'importance pour les mères atteintes de troubles mentaux et leurs enfants selon la nature de leurs liens familiaux et les responsabilités maternelles et familiales à assumer*. Cette proposition rejoint l'avis de plusieurs auteurs qui estiment que le soutien de l'entourage auprès des parents dysfonctionnels et des enfants constitue un facteur de protection ou de résilience qui aide à maintenir un bon fonctionnement familial et à fournir à ces parents l'accès à des modèles parentaux positifs (Beardslee et Hokes, 1997; Garnezy, 1987; Shachnow, 1987 dans Boily et Lew, 1997; Tress, Reister et Gegenheimer, 1989 dans Habimana, Ethier, Petot et Tousignant, 1999).

Les réactions des patientes à l'égard de leur famille élargie étaient différentes selon leur état de besoin. Cela fut plus manifeste chez Caroline, lorsqu'elle s'installa avec son deuxième conjoint et que la famille de ce dernier tenta de s'impliquer pour les aider. Caroline trouva tout d'abord cette aide intrusive et s'éloigna de sa belle-famille. Toutefois, la situation fut différente lors de la naissance de son troisième enfant. À ce moment, le besoin de la patiente était beaucoup plus important et elle accepta plus facilement leur aide. Cette situation, où Caroline se trouvait aux prises avec de nouvelles responsabilités maternelles, qu'elle se sentait incapable d'assumer, se rapproche de la situation des deux autres patientes pour qui le besoin d'être aidées et soutenues par leur famille fut plus manifeste tout au long de leur histoire. Danièle et Florence eurent recours de façon plus constante aux membres de leur famille élargie ce qui peut s'expliquer, d'une part, par le fort lien de dépendance entre ces patientes et leur famille et, d'autre part, par le fait qu'elles étaient plus fréquemment en contact avec leurs enfants et, donc, dans un état de besoin plus important. Ces observations suggèrent que (H) *l'état de besoin des patientes, s'il est plus important, les amène à recourir au soutien de leur famille élargie*. De façon plus générale cette proposition peut être formulée ainsi: (H18) *L'état de besoin des mères atteintes de troubles mentaux détermine leur recours au soutien familial*.

Les cas de Danièle et de Florence ont aussi fait ressortir les risques associés à la prolongation trop importante de la substitution à leur rôle maternel que permettaient les longues hospitalisations ou la présence trop soutenue des membres de la famille élargie. Ces moyens d'aide, en permettant l'évitement de responsabilités confrontantes et une protection trop importante des patientes, devenaient des obstacles à la reprise de leur rôle maternel et contribuaient, ainsi, à leur incapacité de l'exercer. La proposition provenant du cas de Florence (p. 261) est retenue ici: (H19) *Les*

*moyens de substitution au rôle maternel mis en place pour soutenir les mères atteintes de troubles mentaux, s'ils sont trop prolongés ou s'ils maintiennent trop à distance les responsabilités maternelles ou familiales, peuvent devenir un facteur restrictif à la reprise de ce rôle et contribuer au maintien de l'incapacité à l'assumer.*

Le rapprochement des patientes avec leur famille élargie, même lorsqu'il était induit par le besoin des patientes d'obtenir de l'aide dans leur rôle maternel, suscitait souvent des conflits familiaux. Cette situation fut observée, plus particulièrement, dans les cas de Caroline et de Danièle, notamment, dans les situations où elles ressentaient des pressions de la part de leur famille. Pour Caroline, les attitudes pressantes de la famille, pour qu'elle et son conjoint adoptent des habitudes de vie plus conformes, ont amené le couple à s'en éloigner. En outre, lorsque son troisième enfant fut placé chez son beau-frère et sa belle-soeur, la relation entre la patiente et sa belle-soeur, qui jouait alors le rôle de mère-substitut, se détériora. Les deux "mères" devinrent en quelque sorte des rivales. Cette rivalité était fondée, d'une part, sur les sentiments d'échec et d'impuissance vécus par Caroline et, d'autre part, sur la perception négative de sa belle-soeur à son égard. Du côté de Danièle, les situations de conflit avec les membres de sa famille se développaient lorsqu'elle percevait que sa famille faisait pression sur elle pour qu'elle se reprenne en charge. La patiente éprouvait alors le sentiment d'être incomprise et abandonnée. Ces observations permettent de proposer (H) *que les conflits familiaux induits par l'incapacité des patientes à assumer leurs rôles habituels, sont, en partie, liés à la pression ressentie par les patientes de la part des membres de leur famille, que cette pression soit réelle ou seulement perçue.* Cette proposition rejoint les suivantes formulées pour le cas de Danièle (p. 197, 199 et 200): (H) *les perceptions de la patiente relatives aux comportements des membres de sa famille ont aussi influencé son état;* (H) *les conflits conjugal et familial ainsi que le conflit de rôle maternel sont très liés et s'influencent mutuellement;* (H) *les attentes de rôle des membres de la famille, lorsqu'elles sont perçues de façon erronée—ici comme trop exigeantes—, provoquent chez la patiente des sentiments dysphoriques qui mènent à des conflits conjugal et familial—et au développement de comportements problématiques à leur égard.* Ces propositions sont regroupées comme suit: (H20) *Les perceptions des mères atteintes de troubles mentaux à l'égard des membres de leur famille élargie, qu'elles soient fondées ou erronées, ont un impact sur la qualité de leurs relations avec eux. Cette relation influence à son tour l'état de pathologie et de fonctionnement des mères.*

Ces situations illustrent aussi le fait que les conflits familiaux peuvent provenir des réactions des membres de la famille à l'incapacité des patientes à exercer leurs rôles familiaux. La modification, parfois considérable, de la configuration de leurs rôles habituels et l'ajout de pressions tant sur la patiente que sur les autres membres de la famille ont contribué à l'élaboration de certains des conflits. Les membres des familles, affectés par les incapacités des patientes, réagissaient avec leur propre émotivité à cette situation. Ces observations confirment ainsi l'impact néfaste, voire

destructeur, que peut avoir l'incapacité des patientes à exercer leur rôle maternel sur l'équilibre familial. Il en résulte la perpétuation du trouble mental pour les patientes qui peut conduire à l'effritement du milieu familial et à l'isolement des patientes. Le cas de Danièle avait été le plus probant à ce niveau. D'ailleurs, il y avait été proposé (p. 199) *(H) que le trouble mental des patientes a un impact important sur leur capacité à assumer leur rôle maternel, lequel impact, en raison des modifications importantes provoquées par l'ajout de responsabilités parentales, a aussi des conséquences majeures sur leurs interactions avec leur famille et (H) que la relation entre les responsabilités parentales et le conflit conjugal ou familial passe par un réaménagement des rôles familiaux qui crée un déséquilibre dans le milieu familial et contribue, dans le cas présent, à l'élaboration ou à l'aggravation d'un conflit conjugal et d'un conflit familial.* Cette analyse permet de conclure que (H21) *la modification de la configuration des rôles entre les mères atteintes de troubles mentaux et les membres de leurs familles, induite par la substitution des membres des familles aux responsabilités des mères, influence le niveau de stabilité ainsi que l'état de conflit dans les familles.* (H22) *Le niveau de stabilité ainsi que l'état de conflit dans les familles influencent, à leur tour, l'état de pathologie et de fonctionnement des mères et leur intégration dans leurs familles.* Ces propositions appuient les écrits de plusieurs auteurs qui ont identifié plusieurs facteurs de risque de psychopathologie relevant du système familial dont le conflit conjugal et le fonctionnement familial dysfonctionnel (Kashani, Allan, Dahlmeir, Rezvani et Reid, 1995 et Arsanow et Hollis, 1996 dans Duffy, 2000) et relevant du système social dont la fréquence élevée des déménagements, les problèmes socio-économiques et l'isolement social (Japel, Tremblay et McDuff, 2000; Epstein, Bishop, Baldwin, 1981 dans Seifer, 1996; Sharlin et Shamai, 2000; Zoccolillo, 2000). Ces facteurs lorsqu'ils sont associés à des troubles mentaux, même légers, chez l'un ou les deux parents amplifient les impacts déjà très négatifs de la psychopathologie (Beach et Nelson, 1990 dans Beardslee, Versage et Gladstone, 1998).

Le conflit familial peut prendre des formes et une intensité différentes selon le degré d'implication des patientes dans ce conflit et selon le niveau d'intégration et de ressources dans la famille. En comparaison avec les cas de Danièle et Caroline, celui de Florence présente une situation différente de conflit familial qui implique plutôt son conjoint et ses beaux-parents. Bien que ce conflit émergea tardivement, il est probable qu'il était latent et que la patiente y jouait un rôle plus indirect par son lien de dépendance avec ses parents. La quantité moindre de manifestations de réactions négatives chez Florence et sa famille, en comparaison avec les deux autres cas, est un indice, ou bien, d'un conflit familial moins intense, ou, d'une meilleure capacité chez cette famille de tolérer les situations de conflit ou de les contenir à l'intérieur du milieu familial. Ayant été soumise depuis longtemps à une dynamique familiale problématique, sans être totalement dysfonctionnelle, la famille de Florence a pu développer cette capacité de contenir les conflits. Bien que cela n'ait pas empêché l'émergence d'un conflit familial, il est plausible de penser que les ressources—personnelles, matérielles, disponibilité, ...—plus importantes des membres de la

famille de Florence, tant du côté de ses parents que de son conjoint, ainsi qu'une certaine habitude de la famille élargie à soutenir Florence et son conjoint, notamment au plan financier, ont pu contribuer au maintien de leur soutien auprès du couple, à ce qu'ils ne sombrent pas dans l'épuisement et, éventuellement, dans des conflits plus intenses et, finalement, à l'évitement de l'effritement de la famille. La dynamique de cette famille était fondée sur une forte interdépendance entre les membres, d'où leur niveau élevé d'intégration. Bien que cette dynamique ait été problématique, elle a permis de maintenir certains avantages auxquels tous les membres semblaient tenir dont celui de maintenir un rapprochement entre Florence et ses enfants, même si elle ne pouvait s'en occuper. À cet égard, les familles des deux autres patientes avaient moins de ressources et étaient moins présentes dans les périodes plus stables. Cette analyse relative aux conflits familiaux permet de conclure que (H) *la présence de ressources dans la famille élargie ainsi qu'un niveau élevé d'intégration peuvent contribuer à tempérer les conflits familiaux, s'il y a déséquilibre, à retrouver plus rapidement leur équilibre lorsque la crise est résolue, et, finalement, à maintenir un certain soutien auprès des patientes et de leur famille immédiate.* Toutefois, le niveau élevé de ressources et d'intégration de la famille de Florence a aussi pu contribuer au conflit entre son conjoint et ses parents en raison de la présence trop importante de ses parents. Ce conflit a pu se régler par la suite et n'a donc pas conduit à l'effritement familial. En somme, cette analyse suggère que (H23) *le niveau d'intégration et de ressources des familles des patientes atteintes de troubles mentaux influence l'intensité et la résolution des conflits familiaux et le niveau d'intégration des mères dans leurs familles.*

En résumé, les membres de la famille élargie peuvent apporter aide et soutien au plan de l'ensemble des rôles familiaux des patientes. Toutefois, les patientes, selon leur état de besoin, acceptent plus ou moins cette aide. Il arrive qu'elles s'éloignent de leur famille, comme elles le font avec leur conjoint, mais les cas à l'étude ont montré que le réseau familial élargi, lorsqu'il dispose d'un certain nombre de ressources et que leur niveau d'intégration est suffisant, peut constituer un élément de stabilité et peut ainsi maintenir sa présence et son soutien, en dépit des attitudes difficiles des patientes à leur égard. Cela n'empêche pas le développement de conflits familiaux qui peuvent être plus ou moins contenus et résolus à l'intérieur des frontières de la famille. Il est tout de même plausible de penser que la famille élargie puisse constituer un réseau de soutien suffisamment stable tant pour les mères atteintes de troubles mentaux que pour leurs enfants. D'ailleurs, certains auteurs attribuent une grande valeur au réseau familial et social des ces mères et ils soulignent l'importance de le développer et de le soutenir (Avison et Gotlib, 1990; Goodman, 1984 et Molinat et Toubin, 1996). Les membres de la famille élargie peuvent, selon leur niveau de ressources, les soutenir en se substituant à elles dans leur rôle maternel. Toutefois, cette aide substitutive doit être dosée selon leur niveau de fonctionnement réel pour éviter qu'elle devienne un obstacle à la reprise de leur rôle maternel. Il importe, ainsi, qu'il y ait un investissement thérapeutique auprès des membres de la famille nécessaire à leur soutien dans ce

rôle, à l'écoute de leurs difficultés relatives à la pathologie de la patiente et au réaménagement de la dynamique familiale si elle est trop dysfonctionnelle. Cet aspect de l'intervention sera abordé dans une section subséquente de ce chapitre. Cette analyse permet de proposer que (H24) *l'état de besoin des mères atteintes de troubles mentaux, le niveau d'intégration ainsi que le niveau de ressources de l'environnement familial déterminent le niveau de mobilisation des membres des familles à l'égard des mères atteintes de troubles mentaux.*

En conclusion, l'émergence ou l'aggravation d'un trouble mental chez une femme qui doit assumer un nouveau rôle maternel produit une déstabilisation de son milieu familial immédiat et élargi, dont l'indice est la distance entre la patiente et les divers membres de sa famille, peu importe que cette distance ait été établie par la patiente qui éprouve alors le besoin de se retirer des ses rôles familiaux, ou, par les autres membres de sa famille qui ne peuvent plus tolérer la situation familiale dysfonctionnelle. La déstabilisation du milieu familial a, à son tour, des répercussions sur l'évolution de la pathologie des patientes qui, dans les cas étudiés ont pris deux directions: l'aggravation ou l'amélioration de leurs problèmes mentaux. Cette conclusion demeure, cependant, une question puisqu'il s'agit de cas aux prises avec des pathologies différentes. La nature de la pathologie peut être une variable déterminante dans cette relation entre le rôle maternel et l'évolution des troubles mentaux. Pour deux des cas, les résultantes ont été que le soutien à l'égard des patientes s'en est trouvé diminué, qu'elles se sont retrouvées isolées et que leur pathologie s'en est trouvée aggravée. Comme autre conséquence, il peut s'ensuivre un effritement du milieu familial et, du même coup, l'effritement des facteurs de protection pour les enfants. Par ailleurs, selon le niveau d'intégration et de ressources familiales, la famille peut constituer une ressource stable pour les patientes et leurs enfants. Il importe, toutefois, que les moyens de substitution au rôle maternel utilisés soient adaptés à l'état de fonctionnement des mères.

L'analyse ci-haut, portant sur les interactions entre les patientes, leur famille immédiate et leur famille élargie, fournit des éléments de réponse à la question de recherche portant sur les relations entre les éléments constitutifs du rôle maternel et l'état de l'environnement familial et social des mères atteintes de troubles mentaux. Les propositions suivantes ont été retenues comme constituantes du modèle conceptuel explicatif de la problématique à l'étude.

### **Famille immédiate**

(H12) *La distance établie par les mères atteintes de troubles mentaux vis-à-vis leur rôle maternel et leurs réactions dysfonctionnelles à cet égard, en raison principalement de leur incapacité à exercer ce rôle et des réaménagements de rôles interpersonnels qui en découlent, contribuent à induire ou à amplifier un conflit conjugal entre les mères et leur conjoint lequel conflit, s'il persiste, conduit à un éloignement plus ou moins définitif*

*entre eux.*

- (H13) *La sensibilité des mères atteintes de troubles mentaux de même que leurs réactions—positives ou négatives—à la distance établie entre elles et les membres de leur famille immédiate varient selon la direction du mouvement relationnel (éloignement ou rapprochement), le sens qu'elles attribuent à cette distance, le statut de la personne qui initie ce mouvement (mère, conjoint, enfant), l'état de leur pathologie ou de fonctionnement, l'ampleur des conflits avec les membres de la famille (conjoint, enfants, famille élargie) et la possibilité pour les mères de maintenir un certain rapprochement avec leurs enfants.*
- (H14) *L'éloignement entre les mères atteintes de troubles mentaux et leur famille immédiate, s'il est vécu négativement par les mères, contribue à l'aggravation et à la perpétuation de leur trouble mental*
- (H15) *Le conflit de rôle maternel et le conflit conjugal sont interreliés et s'influencent mutuellement.*
- (H16) *Des facteurs tels l'amélioration et la stabilisation du trouble mental, la possibilité de contrôler l'intensité des conflits conjugaux et familiaux et la possibilité d'investissement thérapeutique peuvent réduire l'impact négatif du trouble mental des mères sur elles-mêmes et sur leur famille.*

### **Famille élargie**

- (H17) *La famille élargie représente un élément potentiel de stabilité et d'investissement et un réseau de soutien d'importance pour les mères atteintes de troubles mentaux et leurs enfants selon la nature de leurs liens familiaux et les responsabilités maternelles et familiales à assumer.*
- (H18) *L'état de besoin des mères atteintes de troubles mentaux détermine leur recours au soutien familial.*
- (H19) *Les moyens de substitution au rôle maternel, mis en place pour soutenir les mères atteintes de troubles mentaux, s'ils sont trop prolongés ou s'ils maintiennent trop à distance les responsabilités maternelles ou familiales, peuvent devenir un facteur restrictif à la reprise de ce rôle et contribuer au maintien de l'incapacité à l'assumer.*



- (H20) *Les perceptions des mères atteintes de troubles mentaux à l'égard des membres de leur famille élargie, qu'elles soient fondées ou erronées, ont un impact sur la qualité de leurs relations avec eux. Cette relation influence à son tour l'état de pathologie et de fonctionnement des mères.*
- (H21) *La modification de la configuration des rôles entre les mères atteintes de troubles mentaux et les membres de leurs familles, induite par la substitution des membres des familles aux responsabilités des mères, influence le niveau de stabilité ainsi que l'état de conflit dans les familles.*
- (H22) *Le niveau de stabilité ainsi que l'état de conflit dans les familles influencent, à leur tour, l'état de pathologie et de fonctionnement des mères et leur intégration dans leurs familles.*
- (H23) *Le niveau d'intégration et de ressources des familles des patientes atteintes de troubles mentaux influence l'intensité et la résolution des conflits familiaux et le niveau d'intégration des mères dans leurs familles.*
- (H24) *L'état de besoin des mères atteintes de troubles mentaux, le niveau d'intégration ainsi que le niveau de ressources de l'environnement familial déterminent le niveau de mobilisation des membres des familles à l'égard des mères atteintes de troubles mentaux.*

Les relations entre ces propositions sont illustrées dans le schéma suivant (figure 24). Il s'agit de la figure 23 à laquelle ont été ajoutées les variables associées à l'environnement familial et leurs interactions.

### 7.3 VARIABLES ASSOCIÉES AUX SOIGNANTS ET AUX INTERVENANTS

La suite de cette analyse porte sur le système d'intervention. En première partie, elle porte sur les variables relatives aux soignants et aux organisations ayant eu une influence sur les interventions auprès des patientes de cette étude. Les variables relatives aux soignants sont: leurs perceptions du potentiel d'amélioration des patientes et du risque que comporte leur état et leurs perceptions de leurs rôles professionnels; ces perceptions de même que leur niveau d'ajustement ou de cristallisation seront examinés en relation avec la nature et l'ampleur de l'investissement des soignants auprès des patientes et de leur famille; la directivité ou le pouvoir exercés par les soignants dans le cadre de leurs interventions auprès des patientes et de leur famille mais aussi auprès des autres soignants et intervenants; la communication et la concertation inter-professionnelles et la coordination des interventions.

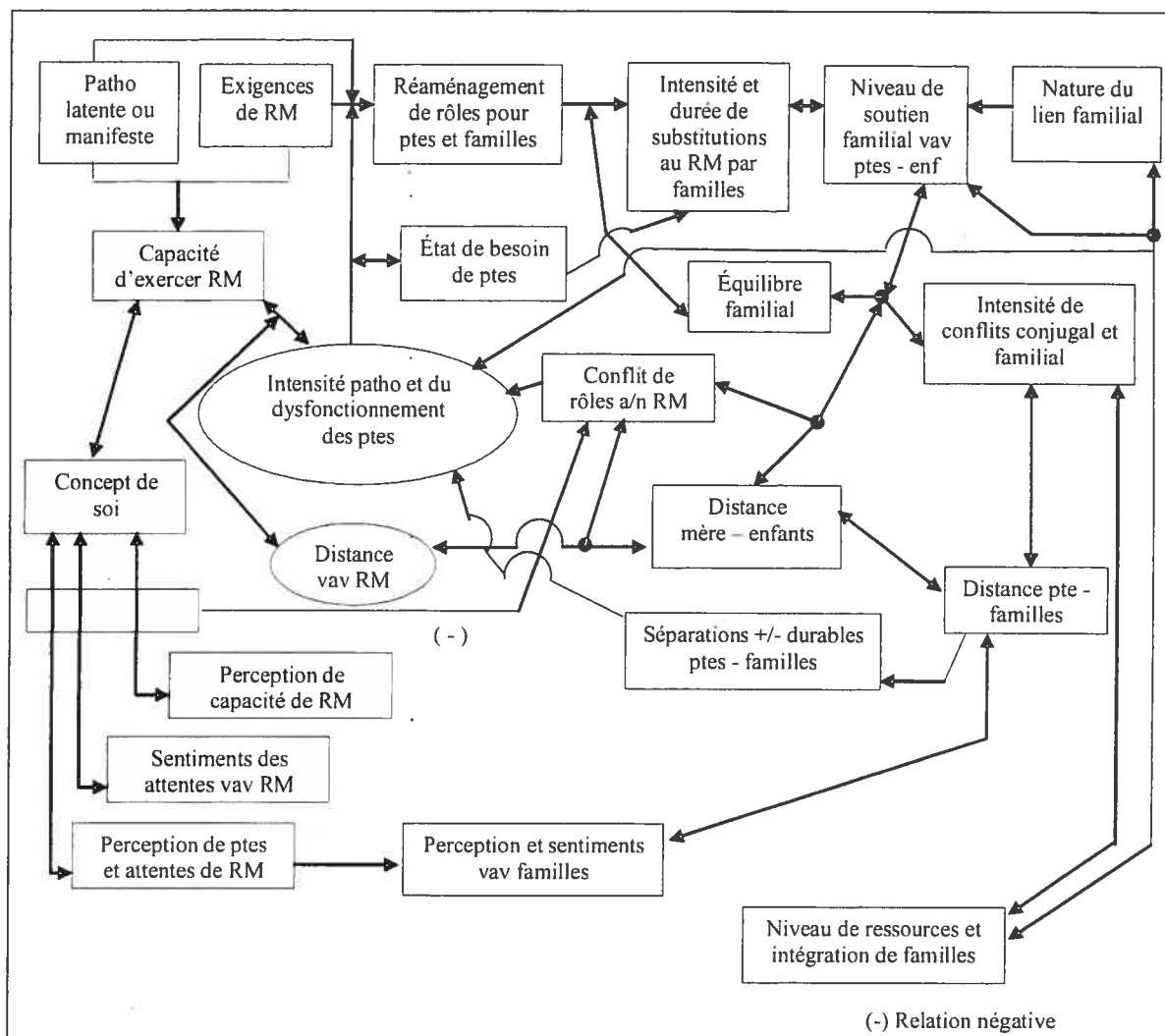


Figure 24: Relations entre le trouble mental des mères, leur capacité à exercer leur rôle maternel et leurs relations avec leurs familles.

### 7.3.1 Perceptions et investissement des soignants

#### 7.3.1.1 Potentiel d'amélioration des patientes et efficacité des interventions

La perception chez les soignants de l'efficacité de leurs interventions semble avoir eu un impact important sur leurs orientations à l'égard du traitement des patientes. Elle est tout d'abord associée à leur perception du potentiel d'amélioration des patientes qui fut un des moteurs importants de leurs actions, réactions ou interventions auprès d'elles. Deux des trois patientes laissaient à prime

abord l'impression d'un bon potentiel d'amélioration. Ces deux patientes—Danièle et Florence—étaient fonctionnelles jusqu'à l'apparition de leur maladie. Les symptômes de l'une et l'autre comportaient des différences importantes et ont induit des réactions différentes chez les soignants. Mais, pour les deux femmes, leurs ressources personnelles et le fait qu'elles n'aient pas eu d'antécédents de troubles mentaux avant leur suivi à l'hôpital ont permis aux soignants d'envisager, dans un premier temps, un pronostic relativement favorable. Lorsque l'on compare le degré d'investissement entre les soignants de Danièle et de Florence et ceux de Caroline, l'on note un investissement initial plus élevé chez les soignants des deux premières patientes. Caroline avait déjà une histoire psychiatrique chargée à sa première admission à l'hôpital. Une telle histoire laisse habituellement peu d'espoir aux soignants quant à une évolution positive et peut ainsi expliquer l'investissement minimal des soignants auprès d'elle et, ce, dès le début de son suivi. Tout au long de l'analyse des cas de cette étude, la nature et le niveau de l'investissement des soignants ont été fréquemment associés à leur perception du potentiel des patientes. Cela permet de proposer que (H25) *la perception chez les soignants du potentiel d'amélioration des mères atteintes de troubles mentaux influence la nature et le niveau de leur investissement dans leurs interventions auprès d'elles.*

La perception des soignants du potentiel d'amélioration des patientes est aussi associée directement à leur perception de l'efficacité de leurs interventions. Ainsi, si l'on présume que les interventions ne seront pas efficaces, l'investissement à l'égard de ces interventions sera minimal. À l'inverse, l'investissement sera d'autant plus important s'il ya un espoir que les interventions seront efficaces. D'ailleurs, il avait été proposé lors de l'analyse portant sur le cas de Danièle (p. 209), pour qui les soignants avaient maintenu un niveau élevé d'investissement, (H) *que l'espoir chez les soignants .... que leurs interventions puissent être éventuellement efficaces soit un des facteurs du maintien de leur investissement.* Outre le *potentiel* des patientes, *leur motivation*, un *niveau plus élevé d'investissement* chez ces dernières, la *possibilité* pour les soignants *d'utiliser leur pouvoir d'influence* et la *perspective de solutions viables*, comme le *recours possible à un traitement pharmacologique*, ou, encore, *l'anticipation d'une ressource externe*, comme le soutien de la famille, sont d'autres facteurs provenant des données de cette étude ayant pu induire, chez les soignants, une perception d'efficacité de leurs interventions.

D'autres variables, associées à la perception chez les soignants de l'inefficacité de leurs interventions, ont mené à la réduction de leur investissement, parfois élevé au départ, ainsi qu'à des situations de non investissement ou de désinvestissement de leur part. Dans le cas de Caroline, ces situations comportaient de fréquentes réorientations des interventions. D'ailleurs, c'est dans ce cas (p. 96) qu'il fut proposé (H) *que les réactions insatisfaisantes de la patiente aux traitements proposés, lorsqu'elles se produisent d'une façon répétitive, induisent soit une réduction de l'investissement des soignants, sa non-augmentation ou le désinvestissement des soignants, d'où*

*de fréquentes réorientations des interventions.* Plusieurs facteurs concomitants aux situations de réduction ou de non investissement de la part des soignants ont été trouvés dans cette étude, dont un *faible investissement de la part des patientes, des comportements répétitifs de non conformité ou d'opposition* de leur part, aussi appelés *réactions insatisfaisantes au traitement proposé*. Ces comportements ont induit chez plusieurs des soignants des *perceptions défavorables à l'égard des patientes* associées à leur perception d'un *faible potentiel d'amélioration* ou de *risque élevé associé à leur état*. L'ensemble de ces perceptions conduisirent certains des soignants à réduire leur investissement. Ce qui fut observé, particulièrement dans le cas de Caroline et, plus rarement, dans le cas de Danièle. Dans le cas de Florence, de telles perceptions chez les soignants les ont plutôt conduit à recourir à de la directivité, ce qui sera discuté dans une prochaine section.

En somme, cette analyse mène aux propositions suivantes : celle formulée ci-haut, (H25) *la perception chez les soignants du potentiel d'amélioration des mères atteintes de troubles mentaux influence la nature et le niveau de leur investissement dans leurs interventions auprès d'elles*. Et les suivantes: (H26) *la perception des soignants de l'efficacité de leurs interventions relève d'un ensemble de facteurs appartenant à des systèmes différents. Elle relève de facteurs relatifs aux mères atteintes de troubles mentaux—potentiel, motivation, niveau d'investissement et niveau de conformité aux interventions proposées—, de facteurs relatifs aux soignants—perceptions à l'égard des mères, pouvoir d'influence—et de facteurs relatifs au système d'intervention—perspectives de solutions viables*. (H26a) *La perception des soignants de l'efficacité de leurs interventions influence la nature et le niveau de leur investissement dans leurs interventions auprès des mères atteintes de troubles mentaux*.

### 7.3.1.2 Risques associés à l'état des patientes: de la mobilisation à la non intervention

La perception des soignants du risque associé à l'état des patientes est un autre facteur qui a influencé de façon importante leur investissement. Les soignants des trois patientes ont montré un investissement plus marqué lors des situations de risque (crises à l'urgence, risque suicidaire, ...). D'ailleurs, il avait été proposé, dès le chapitre portant sur le cas de Caroline (p. 113), que (H) *l'investissement des soignants et le niveau de leur mobilisation sont influencés par le niveau de risque perçu pour la patiente et pour les enfants*.

Le type d'investissement associé aux situations de risque élevé reliées à l'état des patientes, même s'il était de niveau élevé, n'était pas de même nature que celui associé à un bon potentiel d'amélioration de leur état ou à une perception, chez les soignants, d'une efficacité élevée de leurs interventions. L'investissement noté dans les situations de risque était plutôt du type mobilisation que thérapeutique. L'objectif d'un investissement de type mobilisation demeurait centré sur le contrôle des situations de risque et de la pathologie ou sur l'évitement de problèmes plus sévères.

Ainsi, dès que les situations de risque étaient sous contrôle, l'investissement des soignants avait tendance à diminuer ou à ne pas aller au-delà du maintien de l'état stabilisé des patientes.

Les données relatives aux situations de crise ou à risque élevé ont mis en évidence, chez les soignants, des différences d'attitudes et de comportements envers leurs patientes qui permettent de préciser la relation établie ci-haut entre leur perception de risque élevé et leur investissement. Les cas de Florence et Caroline ont montré que les situations comportant des risques ne conduisaient pas toujours à une mobilisation plus élevée chez les soignants. À titre d'exemple, la question de l'avortement, qui comportait un certain degré de risque, a été traitée de façon différente par les soignants des deux patientes. Dans le cas de Florence, les soignants sont intervenus très rapidement lorsqu'ils ont appris sa grossesse, alors que, pour Caroline, le psychiatre n'est intervenu que lorsque l'état de la patiente devint en crise. La décision de proposer un avortement comporte généralement certains risques. Un avortement se produisant suite à des pressions provenant des intervenants comporte le risque d'un bris de la relation thérapeutique ou la menace éventuelle de poursuite judiciaire, si la patiente ou la famille se sont senties lésées dans leurs droits. La décision de ne pas intervenir à l'égard de la grossesse d'une patiente comporte aussi d'autres risques, moins immédiats, de rechute pour la patiente et de dangers éventuels pour l'enfant. En conséquence, selon la perception chez les soignants de l'imminence du risque et leurs anticipations quant aux conséquences, le risque peut les amener à intervenir plus ou moins rapidement induisant, du même coup, une tendance plus ou moins élevée à la mobilisation chez ces derniers. Ces considérations quant aux dangers liés au recours ou à l'absence d'intervention de la part des soignants suggèrent que (H27) *les perceptions des soignants quant au degré et à l'imminence des risques relatifs à l'état des mères atteintes de troubles mentaux et des conséquences qui peuvent en découler, tant sur les mères elles-mêmes que sur leurs enfants, sont des facteurs majeurs qui influencent leur décision d'intervenir ou non sur ces facteurs de risque ainsi que la nature et le niveau de leur investissement.*

Le risque n'était pas toujours pris en compte par les soignants dans leurs interventions. À plusieurs reprises, dans le cas de Caroline, les psychiatres lui ont laissé une certaine latitude quant à l'orientation des interventions et ce, indépendamment du risque réel encouru. De façon générale, son psychiatre semblait juger le risque encouru par la patiente selon la notion du risque immédiat, qu'il restreignait généralement au risque suicidaire, ce qui lui permettait d'accorder le congé même si l'état de la patiente n'était pas stabilisé. En d'autres termes, si la patiente n'encourait pas de risque suicidaire immédiat, son psychiatre n'était plus tenu de poursuivre l'hospitalisation. En vertu de la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*, qui régit de façon stricte les procédures liées à l'encadrement du patient

dangereux<sup>97</sup>, cette procédure est devenue une norme dans le contexte de la pratique hospitalière. De plus, dans ce même contexte, les médecins sont soumis à de fortes pressions administratives de la part du milieu hospitalier, dont celle de diminuer la durée des hospitalisations. Cela peut avoir comme conséquence que les médecins limitent leurs interventions à la résolution des problèmes présentés par les patientes uniquement, au moment où elles sont hospitalisées. Le risque, alors pris en compte, est le risque immédiat pour elles-mêmes et pour autrui. Et les risques à plus long terme, auxquels sont exposés les enfants et les autres membres de la famille, ne sont que très peu pris en compte par les soignants.

L'analyse des données met aussi en perspective le paradoxe que le risque lié à l'état des patientes peut être un motif de non intervention. En dehors des périodes de crise, plusieurs des interventions s'adressant aux trois patientes furent orientées vers le maintien d'une stabilité de leur état en vue de maintenir une accalmie au plan de leur pathologie. Notons, à titre d'exemples, l'investissement très limité du psychiatre de Caroline lors de sa période d'accalmie, la décision du psychiatre de Danièle de cesser les interventions mère-enfant pour limiter les rechutes de la patiente ou, encore, dans le cas de Florence, le maintien d'interventions axées sur la protection de la patiente et de ses enfants. Dans ces situations, la crainte des soignants d'éveiller le risque et de déséquilibrer l'état des patientes semble avoir été un motif de non intervention ou d'investissement minimal auprès d'elles et de leurs familles. En somme, si le risque associé à l'état des patientes est perçu par les soignants comme étant élevé et imminent, ils sont amenés à intervenir sur ce risque pour le réduire. Il s'agit alors d'un investissement de type mobilisation. Si le risque est, à l'inverse, perçu à son état latent, certains soignants semblent intervenir de façon à en éviter l'émergence. Dans cette perspective, les soignants limitent leurs objectifs d'intervention à la stabilisation du trouble mental des mères et ne recherchent pas nécessairement l'amélioration de leur fonctionnement en dehors du milieu hospitalier. Il s'agirait ici d'un investissement de type ajustement-attente.

Néanmoins, pour une partie de la clientèle souffrant de troubles mentaux, l'évaluation du risque suicidaire, lorsqu'il est chronique, demeure difficile à préciser. Attendre qu'il n'y ait plus aucun risque avant d'accorder un congé de l'hôpital signifierait, pour ces personnes, de très longues hospitalisations. En somme, les normes relatives au contexte légal et administratif constituent des facteurs parmi d'autres qui influent sur les interventions auprès des mères atteintes de troubles mentaux et de leurs familles. Ces normes autorisent les soignants et, parfois, leur prescrivent de restreindre l'intervention de façon à répondre à l'obligation minimale de traiter. Elles contribuent à traiter les patientes en tant que système indépendant du système familial, dont elles font pourtant partie, et à négliger les risques auxquels les enfants de ces patientes, les patientes elles-mêmes et les autres membres de la famille sont exposés. Cette situation rappelle une proposition, qui avait

---

<sup>97</sup> Pour revoir les détails se rapportant à cette loi, référer au *Contexte Spécifique* à la section *Procédures relatives à l'encadrement de la clientèle*.

été formulée au chapitre relatant l'histoire de Caroline (p. 176) qui suggérait que (H) *les paramètres organisationnels ont la fonction de répondre aux besoins du système de soins au détriment, parfois, de ceux de la patiente et de sa famille.*

Sachant que les soignants des trois patientes étaient exposés aux mêmes normes légales et administratives, il convient de s'interroger sur les différences dans leurs réactions à l'égard de situations comportant des similarités telles les grossesses de deux des patientes de cette étude. Rappelons que l'on avait observé chez certains une position d'ajustement-attente jusqu'à ce qu'un état de crise se déclare alors que, chez d'autres, cette situation faisait émerger des réactions de directivité. S'appuyant sur la littérature où l'on reconnaît la vulnérabilité et les risques pour les mères atteintes de troubles mentaux et leurs enfants (Anicet, Autin, Chauvin, Jardin, LeVan et Richaud, 1999; Beardslee, Versage et Gladstone, 1998 et Duffy, 2000)<sup>98</sup> et les contre-attitudes des soignants à l'égard des incapacités des mères souffrant de troubles mentaux à s'occuper adéquatement de leurs enfants (Belville, Indyk, Shapiro, Dewart, Moss, Gordon et Lachapelle, 1991; Cazas, Dhôte, Bouttier et Ginestet, 1990; Molinat et Toubin, 1996; Sharlin et Shamai, 2000), on ne peut exclure l'impact que peut avoir une telle situation, comportant une dimension éthique, sur les valeurs personnelles et sur le vécu des soignants. D'autres facteurs tels leur philosophie d'intervention ou l'état de leurs connaissances à propos de leur patiente ont pu aussi avoir une influence sur leurs réactions et interventions. Le psychiatre de Florence, qui est intervenu dès l'annonce de sa grossesse, expliqua la nécessité de recourir à l'avortement par le risque d'une rechute psychotique et par ses soupçons d'une schizophrénie chez la patiente. De plus, il comptait sur la collaboration de son conjoint pour la convaincre du bien-fondé de cette solution. Quant au psychiatre de Caroline, il expliqua sa non intervention sur la question de l'avortement par le fait qu'il ne se sentait aucun pouvoir sur l'évolution "prévisible" de la patiente, que c'est l'ambivalence de la patiente qui l'a amenée à un état de crise et qu'il ne pouvait être qu'un "acteur passif" dans cette situation. Ce sentiment, d'être un "acteur passif", traduisait probablement un certain sentiment d'impuissance et d'inefficacité de ses interventions. Les réactions différentes des deux psychiatres semblent s'expliquer par leurs perceptions différentes. Pour le premier, il s'agirait de la perception d'un risque élevé associé à l'état de la patiente, pour la patiente et son enfant, et d'absence, chez-elle, de potentiel d'amélioration. Pour le second, il s'agirait d'une perception d'inefficacité de ses interventions associée aussi à un faible potentiel d'amélioration de l'état de la patiente. Cette dernière réaction est documentée par Sharlin et Shamai (2000) dans le phénomène de «coalition du désespoir»<sup>99</sup> qu'ils ont décrit chez plusieurs intervenants auprès de familles en grande difficulté. En somme, il apparaît, pour les cas de cette étude, que ce ne sont pas tant les paramètres légaux et organisationnels du système d'intervention mais plutôt les perceptions des soignants à l'égard des patientes qui ont eu une influence plus déterminante sur

<sup>98</sup> Pour n'en citer que quelques-uns.

<sup>99</sup> Traduction libre de «coalition of despair» (Sharlin et Shamai, 2000, p.37).

le cours des interventions. Il devient ainsi possible de proposer que (H28) *les perceptions des soignants à l'égard des mères atteintes de troubles mentaux—potentiel d'amélioration, risque (degré, imminence, conséquences) associé à leur état de pathologie—ont une influence déterminante sur la nature et le niveau de leur investissement et sur l'orientation de leurs interventions.*

Le niveau de préoccupation à l'égard des enfants pourrait aussi expliquer les différences de réactions des deux psychiatres. Pour Caroline, particulièrement pour ses deux filles, les interventions s'adressant à la sécurité ou au bien-être des enfants ont été rares. Le psychiatre s'empressait de donner congé à la patiente lorsqu'elle manifestait le besoin de voir ses enfants, alors qu'elle était parfois dans un état précaire ou de toxicomanie. Dans le cas de Florence, la sécurité des enfants était souvent un obstacle de premier plan à ses congés de l'hôpital et l'objet de discussions fréquentes lors des entrevues en clinique externe. Ces différences dans les réactions et l'investissement des deux psychiatres peuvent s'expliquer par une différence dans leurs perceptions de leurs rôles professionnels dans une telle situation. À la différence du psychiatre de Florence, pour qui le rôle de mère de la patiente semblait influencer son intervention, celui de Caroline semble avoir jugé qu'il n'était pas dans ses responsabilités d'intervenir dans cette situation. Il avait été évoqué, lors de l'analyse du cas de Caroline (p. 115) que *la formation des soignants et l'approche de spécialisation qui prévaut dans les milieux hospitaliers* pouvaient être des facteurs responsables du fait que les interventions visant la famille, dont les enfants, ne soient pas intégrées au plan d'intervention de la patiente. Il est possible, en effet, que l'organisation des services—fondée sur la spécialisation—offerts à cet établissement, compte tenu de la présence d'autres soignants dont leur fonction principale est d'intervenir auprès de la famille, préconise des interventions brèves centrées uniquement sur les patientes. Pourtant, ces variables auraient dû influencer ces deux soignants d'une façon plus similaire. D'autres explications avaient aussi été évoquées, dans le cas de Caroline (p. 116), pour expliquer ce phénomène, dont le risque d'accroître *la complexité des interventions et de compromettre l'alliance thérapeutique avec la patiente*. Ces facteurs pourraient avoir une influence différente sur les soignants et, ainsi, expliquer les réactions et investissements différents des deux psychiatres. Cette analyse suggère que (H29) *le niveau de préoccupation des soignants à l'égard des enfants des mères atteintes de troubles mentaux influence leur perception de rôle professionnel; que (H30) la perception des soignants de leur rôle professionnel ne relève pas uniquement de normes administratives ou légales ou de leur formation; et que (H31) la perception des soignants de leur rôle professionnel, perception pouvant varier d'un soignant à l'autre en dépit du fait qu'ils pratiquent dans un même milieu et selon les mêmes normes, influence la nature et le niveau de leur investissement et les orientations de leurs interventions envers les mères atteintes de troubles mentaux.*

En somme, les perceptions chez les soignants de risque associé à l'état des mères souffrant de



troubles mentaux peuvent conduire à un investissement de niveau élevé de type mobilisation si le risque est perçu comme étant immédiat et grave pour les mères et leurs enfants. Si le risque associé à l'état des mères est perçu comme étant latent et que l'état des mères est stabilisé, les soignants auront plutôt tendance à réduire leur investissement ou à ne pas aller au delà des objectifs de maintien de la stabilisation de leur pathologie, par crainte d'aggraver leur état ou d'accroître le risque pour elles ou pour leurs enfants. D'autres facteurs tels le contexte légal, les normes de l'organisation, la perspective de solutions viables et les définitions de rôles professionnels influenceraient les perceptions et l'investissement des soignants auprès des patientes. Les définitions de rôles professionnels peuvent quant à elles être influencées par les facteurs suivants: les normes organisationnelles et légales, la formation des soignants et leur philosophie d'intervention et leur niveau de préoccupation à l'égard des enfants des mères souffrant de troubles mentaux. Elles se situent ainsi dans une relation d'association avec les perceptions et l'investissement des soignants.

Cette analyse rejoint en certains points—notamment lorsque des concepts tels les perceptions des soignants, la perspective de solutions viables et l'investissement des soignants sont évoqués—les propos de Sharlin et Shamai (2000) concernant le phénomène de «coalition du désespoir<sup>100</sup>» qui se développe entre les familles en difficulté extrême et les intervenants qui les prennent en charge. Il s'agit de la reproduction chez les intervenants de la désorganisation et des réactions de frustration, d'agression et de désespoir que vivent les familles en difficulté. Cette symétrie de problèmes et réactions se répercute dans les interventions à l'égard des familles. Le désespoir et l'impuissance sont deux des caractéristiques fréquemment observées tant chez ces familles que chez les soignants qui s'occupent d'elles. Chez les soignants, le désespoir et l'impuissance imprègnent leur attitudes quant à leur habileté à rendre leurs interventions efficaces. De la même façon, le faible estime de soi qu'éprouvent les familles en extrême difficulté s'apparente à la perception négative développée par les soignants envers elles qui mine l'espoir et la motivation, essentiels au processus de changement. Ces auteurs évoquent l'impact de la dimension émotionnelle des soignants sur la nature de leur investissement. Cette dimension ne fut pas accessible pour cette étude mais devrait être prise en compte dans une prochaine étude portant sur cette problématique.

En conclusion, les variables relatives aux soignants, inductrices d'un investissement thérapeutique élevé, sont associées à la perception d'un bon potentiel d'amélioration chez les patientes et la perception qui en découle de l'efficacité de leurs interventions. L'efficacité des interventions apparaît plausible dans les situations où les patientes démontrent qu'elles s'améliorent et qu'elles font les efforts attendus pour rendre ces interventions efficaces. On note, toutefois, l'absence de

---

<sup>100</sup> Traduction libre de «coalition of despair».

mesures de l'efficacité réelle des interventions. L'investissement plus élevé observé dans les situations comportant des risques ou induisant des craintes chez les soignants reflète davantage une attitude de mobilisation liée au besoin chez les soignants de diminuer le risque ou la crise. L'attitude de mobilisation semble être influencée par la perception chez les soignants de l'imminence du risque auquel les patientes sont exposées. Par ailleurs, lorsque le risque ou la crise sont réduits ou sous contrôle, on observe de façon générale chez les soignants la réduction de leur mobilisation qui n'est pas nécessairement suivie d'un investissement thérapeutique. Cette analyse sur les perceptions et l'investissement des soignants à l'égard des trois patientes de cette étude, a conduit à une série de propositions. Les suivantes, plus générales, ont été retenues et sont représentées à la figure 25.

- (H25) *La perception chez les soignants du potentiel d'amélioration des mères atteintes de troubles mentaux influence la nature et le niveau de leur investissement dans leurs interventions auprès d'elles.*
  
- (H26) *La perception des soignants de l'efficacité de leurs interventions relève d'un ensemble de facteurs appartenant à des systèmes différents. Elle relève de facteurs relatifs aux mères atteintes de troubles mentaux—potentiel, motivation, niveau d'investissement et niveau de conformité aux interventions proposées—, de facteurs relatifs aux soignants—perceptions à l'égard des mères, pouvoir d'influence et de facteurs relatifs au contexte organisationnel—perspectives de solutions viables.*
  
- (H26a) *La perception des soignants de l'efficacité de leurs interventions influence la nature et le niveau de leur investissement dans leurs interventions auprès des mères atteintes de troubles mentaux.*
  
- (H27) *Les perceptions des soignants quant au degré et à l'imminence des risques relatifs à l'état des mères atteintes de troubles mentaux et des conséquences qui peuvent en découler, tant pour les mères elles-mêmes que pour leurs enfants, sont des facteurs majeurs qui influencent leur décision d'intervenir ou non sur ces facteurs de risque ainsi que la nature et le niveau de leur investissement.*
  
- (H28) *Les perceptions des soignants à l'égard des mères atteintes de troubles mentaux—potentiel d'amélioration, risque (degré, imminence, conséquences) associé à leur état de pathologie—ont une influence déterminante sur la nature et le niveau de leur investissement et sur l'orientation de leurs interventions.*
  
- (H29) *Le niveau de préoccupation des soignants à l'égard des enfants des mères atteintes de*

*troubles mentaux influence leur perception de rôle professionnel.*

- (H30) *La perception des soignants de leur rôle professionnel ne relève pas uniquement de normes administratives ou légales ou de leur formation.*
- (H31) *La perception des soignants de leur rôle professionnel, perception pouvant varier d'un soignant à l'autre en dépit du fait qu'ils pratiquent dans un même milieu et selon les mêmes normes, influence la nature et le niveau de leur investissement et les orientations de leurs interventions envers les mères atteintes de troubles mentaux.*

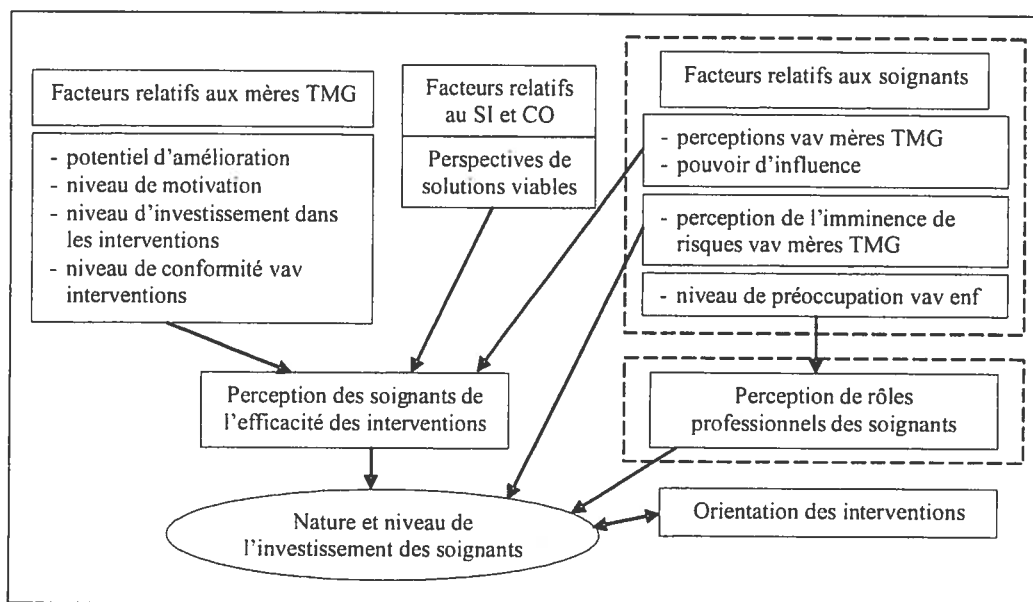


Figure 25: Facteurs relevant de l'ensemble des systèmes influençant la nature et le niveau d'investissement des soignants et l'orientation de leurs interventions à l'égard des mères atteintes de troubles mentaux.

### 7.3.2 Directivité chez les soignants

Cette étude a mis en évidence, chez certains soignants, un phénomène de directivité<sup>101</sup> associé à leurs perceptions et à leur investissement. Des différences extrêmes y furent observées selon les cas examinés, notamment ceux de Florence et de Caroline. Ce phénomène peut ainsi être représenté sous la forme d'un continuum dont les pôles regroupent, d'un côté, les interventions de

<sup>101</sup> Cette notion de directivité est présentée au *Cadre analytique*, au chapitre 1.

type non directif, initiées en grande partie à partir du point de vue des patientes avec un minimum d'interférence du point de vue des soignants et, de l'autre côté, les interventions hautement directives, initiées principalement à partir du point de vue des soignants avec un minimum d'interférence du point de vue des patientes. Certains éléments de l'histoire et de l'analyse des cas de Florence et de Caroline sont rappelés ici afin d'illustrer ces deux pôles.

Dès l'annonce de la grossesse de Florence, l'équipe de soignants envisagea rapidement la solution de l'avortement. Bien qu'ils aient pris en compte l'aptitude de la patiente à consentir aux soins<sup>102</sup> et qu'ils aient ainsi jugé qu'elle était en mesure de prendre sa décision, leur attitude comporta tout de même un certain degré de directivité, si l'on considère leurs décisions et initiatives prises à l'égard du couple et leurs interventions relatives à l'avortement. Cette attitude de directivité était fondée sur leur sentiment d'urgence à intervenir. Ce sentiment s'appuyait, tout d'abord, sur la période limite de faisabilité d'un avortement, puis, sur leurs impressions que la pathologie de Florence était plus sévère que prévu et que les risques liés à son état étaient, ainsi, plus élevés tant pour la patiente que pour l'enfant à venir. Les soignants étaient, en outre, convaincus que Florence résisterait à leur proposition d'avortement et qu'elle tenterait d'influencer son conjoint pour qu'il s'oppose à cette proposition. Leur attitude de directivité résultait donc i) de leur crainte d'une détérioration de l'état de la patiente et des risques subséquents et ii), de leur tendance à présumer que la patiente s'opposerait à leur proposition.

Dans le cas de Florence, les soignants eurent souvent recours au conjoint et autres membres de la famille pour qu'ils usent de leur influence afin de la convaincre d'adhérer aux orientations ou au traitement proposés. La difficulté des soignants à lui faire confiance—résultant de leur perception défavorable à son égard—peut expliquer ce phénomène. Il apparaît ainsi que dans des conditions de risque latent, la directivité des soignants de Florence était fondée sur l'exercice de leur pouvoir d'influence<sup>103</sup> dirigé, d'abord, sur les membres de la famille, puis, sur la patiente. Dans des conditions de risque plus élevé—par exemple, dans la séquence où Florence était hospitalisée depuis plusieurs semaines pour un état psychotique et qu'elle refusait de prendre sa médication—, le psychiatre adopta à son égard un comportement hautement directif, menaçant de recourir à des procédures judiciaires si elle continuait de refuser le traitement proposé. Dans ces circonstances, l'intervention du psychiatre traitant peut être qualifiée de coercitive<sup>104</sup>. Bien que l'on ait encore eu recours aux membres de la famille, ce comportement s'adressait directement à la patiente. Il n'en reste pas moins que cette intervention était légitimée en raison de l'état psychotique sévère de la patiente, qui est un critère reconnu d'inaptitude au consentement des soins. Le psychiatre s'est

<sup>102</sup> Les informations relatives à l'évaluation de l'aptitude à consentir aux soins sont présentées au chapitre portant sur le *Contexte spécifique* à la section *Procédures relatives à l'encadrement de la clientèle*.

<sup>103</sup> Se référer, au besoin, au *Cadre analytique* pour les notions théoriques portant sur les différents types de pouvoir.

<sup>104</sup> Le terme coercitif est utilisé selon la définition suivante: " Pouvoir de contraindre quelqu'un à se soumettre à la loi" (Le Nouveau Petit Robert, 1995). Le pouvoir de coercion se fonde sur l'utilisation de la force, de punitions ou de récompenses. Pour plus de détails, voir la section portant sur le pouvoir au *Cadre analytique*.

appuyé sur ce critère pour renforcer sa directivité et pour justifier son comportement coercitif dans ses interventions. Cela pouvait lui permettre de sortir d'une impasse qui le réduisait à un état d'impuissance. Cette analyse rappelle les propositions suivantes formulées pour ce cas (p. 283) (H) *qu'une perception défavorable de la patiente, fondée sur ses comportements de non conformité ou sur la perception qu'elle n'a pas le potentiel ou qu'elle est inapte à prendre une décision adéquate, alors que l'on perçoit un risque élevé associé à son état, peut amener les soignants à adopter des stratégies visant à influencer la patiente et sa famille, pour qu'ils adhèrent au traitement proposé, ainsi qu'une attitude de directivité voire de coercition; (H) que dans ces circonstances, l'attitude de directivité s'accompagne d'un sentiment d'urgence à intervenir.*

La perception d'un risque élevé pour les enfants, fut un des éléments ayant contribué à la directivité des soignants. Cela fut noté principalement dans le cas de Florence où la présence des enfants, pouvant être exposés à des risques associés à l'état de leur mère, fut une source majeure de directivité de la part des soignants envers la patiente et, même, sa famille. Rappelons, à titre d'exemple, l'épisode de la préparation d'un congé pour Florence où une des conditions des soignants pour accorder ce congé était un accompagnement constant de la patiente, par un des membres de sa famille, afin qu'elle ne soit jamais seule avec ses enfants. Condition qui n'avait été respectée que pendant une brève période de temps par les membres de la famille. Le cas de Florence avait conduit à l'élaboration de la proposition suivante (p. 279): (H) *la perception de risque élevé à l'égard des enfants de la patiente amplifie chez les soignants leur perception défavorable à l'égard de la patiente, leur difficulté d'ajuster leurs perceptions selon l'évolution de son état et le maintien d'un niveau élevé de directivité dans leurs interventions en vue de la protection des enfants.*

Il avait aussi été évoqué, toujours dans le cas de Florence (p. 274), que *la possibilité, pour les soignants d'utiliser leur pouvoir d'influence* induisait chez eux *le sentiment que leurs interventions, le cas échéant, peuvent être efficaces et, donc, la perception de l'efficacité de leurs interventions* contribuant, ainsi, au maintien d'un *niveau élevé de mobilisation et d'investissement envers la patiente et sa famille*. Leurs interventions, directives et parfois coercitives envers Florence et sa famille, qui fut fortement sollicitée à collaborer avec les soignants, ont, en effet, contribué à l'atteinte de leurs objectifs, en l'occurrence, l'avortement, la prise de médicaments ou, encore, la mise en place d'un encadrement sécuritaire pour les enfants. De plus, le consentement de la patiente au traitement, obtenu avec peine, leur donna la possibilité de recourir à une médication efficace pour réduire ses symptômes psychotiques. Ils eurent, en outre, un atout supplémentaire, l'alliance avec la famille, qui usa de son influence auprès de Florence. Outre la médication, cette possibilité d'alliance avec la famille a pu renforcer la perception chez les soignants que leurs interventions pouvaient croître en efficacité. En somme, la directivité déployée

par les soignants auprès de Florence et sa famille, motivée par la perspective de l'efficacité de leurs interventions, a contribué, en dépit de multiples obstacles, à une mobilisation et un investissement élevés et soutenus de leur part et à rendre leurs interventions efficaces.

Le cas de Florence montre que la directivité chez les soignants peut être induite par une combinaison d'éléments dont: la perspective d'un trouble mental grave induisant, chez les soignants, les perceptions d'un pauvre potentiel d'amélioration chez les patientes et d'un risque élevé pour elles et leurs enfants, d'où un sentiment d'urgence à intervenir; l'anticipation d'opposition ou de non collaboration de la part des patientes ou de réponses insatisfaisantes de leur part; et la perspective de l'efficacité de leurs interventions reliée au recours à la directivité. Cette analyse permet ainsi de proposer que (H32) *le recours à la directivité par les soignants à l'égard des mères atteintes de troubles mentaux varie directement avec leurs perceptions i) d'un faible potentiel d'amélioration des mères, ii) d'un risque élevé, pour elles-mêmes et leurs enfants, lié à leur état de pathologie et de fonctionnement et iii) de réactions non conformistes des mères aux interventions proposées; cette relation passe par le développement chez les soignants d'une perception défavorable des mères; et que (H33) la directivité déployée par les soignants dans les interventions auprès des mères atteintes de troubles mentaux est associée à un niveau élevé de mobilisation et d'investissement de leur part et à un niveau d'efficacité des interventions répondant à leurs attentes.*

Le cas de Caroline a fait ressortir certains impacts d'un niveau minimal, voire absent, de directivité, soit l'autre pôle du continuum de la directivité observé dans les interventions des soignants. Lors de l'épisode entourant sa troisième grossesse et l'évaluation en vue d'un avortement, les interventions du psychiatre se démarquèrent par une absence de directivité, en dépit de la détérioration marquée et durable de l'état psychiatrique de la patiente et du risque élevé auquel elle et l'enfant qu'elle portait étaient exposés. Le psychiatre tenta, à quelques reprises, de mettre en place un encadrement pour assurer une évolution plus favorable de la grossesse, encadrement que la patiente mit en échec. L'absence de directivité se traduisit, dans ce cas, par l'absence d'intervention à l'égard de la maternité de la patiente et s'accompagna d'une réduction voire d'une absence d'investissement. Par ailleurs, dans les situations d'urgence ou de crise se déroulant à l'hôpital, il eut recours à plus de directivité. Il cherchait, de cette façon, à mettre en place un encadrement pour réduire les crises. Même si ses attentes étaient plus limitées que celles du psychiatre de Florence, il recherchait, par la directivité, un certain niveau d'efficacité dans ses interventions. Le recours à la directivité pouvait aussi traduire, chez ce psychiatre, ses sentiments d'impuissance et de frustration, l'amenant ainsi, faute d'autres solutions, à précipiter les congés de la patiente. De telles circonstances pourraient expliquer la relation entre le niveau élevé de directivité à laquelle il avait recours en situation d'urgence et son désinvestissement envers la patiente. Des propositions énoncées dans ce cas (pp. 121 et 162) avaient mis en relation un niveau

élevé de directivité avec des facteurs reliés aux soignants— dont *la perception de l'inefficacité des interventions reliée aux réponses insatisfaisantes de la patiente, des sentiments d'impuissance et de frustration* et *la tendance au désinvestissement*—et des facteurs reliés à l'organisation des services *tel le contexte d'hospitalisation, en raison des obligations inhérentes à l'efficience administrative*. En somme, outre les propositions présentées ci-haut (H32 et H33), il est possible de proposer que (H34) *le recours à la directivité par les soignants à l'égard des mères atteintes de troubles mentaux est déterminé par les conditions d'efficience et d'efficacité des interventions*.

Le cas de Caroline (p. 121) avait aussi mis en lumière le rapport entre le *niveau de directivité* et *la transformation de la relation patiente-soignant en un rapport de lutte/négociation, selon le degré d'écoute envers la patiente*. Il y avait été noté, en effet, qu'une attitude de directivité élevée de la part du soignant, associée à du désinvestissement de sa part, contribuait à un climat de lutte et de négociation entre lui et la patiente. Alors qu'à l'inverse, une attitude de directivité, associée à de l'investissement et de l'écoute de la part du soignant—écoute qui avait mené dans ce cas, comme dans celui de Danièle, au retrait des patientes de leurs responsabilités familiales—, conduisait non seulement à une diminution des comportements de lutte de négociation de la part des patientes mais contribuait à ce qu'elles se sentent en sécurité. D'ailleurs lors de l'analyse du cas de Danièle, il avait été proposé (p. 213), (H) *qu'une attitude de directivité de la part des soignants dans le traitement des patientes, accompagnée d'une attitude d'écoute, présentent des avantages au plan de la relation thérapeutique et pourrait contribuer, particulièrement en réduisant la source principale de leurs malaises, les attentes de rôle de mère, à l'amélioration et à la stabilisation de leur pathologie et, ainsi, à une meilleure efficacité des interventions*. En somme, cette analyse suggère que (H) *le recours à la directivité dans les interventions auprès des mères atteintes de troubles mentaux influence l'état de la relation et de l'alliance thérapeutiques et, par là, le niveau d'efficacité des interventions*.

L'attitude de directivité peut, par ailleurs, avoir des effets iatrogéniques si elle dépasse une certaine limite. Pour Florence, l'attitude très directive de ses soignants, induite par leur perception défavorable à son égard, a pu conduire *au maintien des comportements opposants de la patiente* (p. 280) et à son *exclusion ... du processus de décision concernant les conditions de son traitement*. Dans ce cas, les soignants avaient tendance à se référer continuellement aux membres de la famille qui se retrouvaient ainsi placés en *conflit de rôles* (p. 280). À quelques reprises, Florence s'est opposée à tout encadrement que l'on imposait puis, sous l'influence de sa famille, en est venue à l'accepter pour le réaménager à sa convenance par la suite. L'attitude directive des soignants aurait pu susciter chez-elle le sentiment d'être incomprise et, ainsi, mener à son retrait pur et simple du traitement. Bien que cela ne se soit pas produit, le maintien d'attitudes directives comportait des risques pour l'alliance thérapeutique. Dans le cas de Caroline, la crainte de susciter ou d'aggraver le climat de lutte au sein de la relation thérapeutique fut un des facteurs explicatifs

probables du faible niveau de directivité généralement observé chez son psychiatre, en dehors de ses périodes de crise et d'hospitalisation. D'ailleurs il avait été proposé lors de l'analyse de ce cas (p.171) que la *force de l'alliance thérapeutique entre la patiente et les soignants* soit un *des facteurs pouvant influencer le niveau de directivité dans les interventions*. En somme, bien que ce phénomène n'ait pas été observé dans tous les cas de cette étude, étant donné la difficulté, reconnue, d'établir et de maintenir une alliance thérapeutique avec les mères atteintes de troubles mentaux, il est permis de proposer que (H35) *le recours à la directivité dans les interventions auprès des mères atteintes de troubles mentaux est associé à l'état et à la force de la relation et de l'alliance thérapeutiques et, par là, au niveau d'efficacité des interventions*.

En résumé, les cas de Caroline et de Florence ont fait ressortir des comportements extrêmes de directivité chez les soignants. Dans les deux cas, les psychiatres furent confrontés à de l'impuissance ou, du moins, à des obstacles importants dans l'exercice de leurs interventions. Le psychiatre de Caroline, malgré le fait qu'il ait été confronté à des changements brusques et inattendus de l'état de sa patiente, ne recourrait que rarement à de la directivité, sauf dans le contexte de l'hospitalisation. Outre les contraintes d'efficacité reliées à l'hospitalisation, cela pouvait être une conséquence d'un sentiment d'impuissance ressenti à l'égard des problèmes de sa patiente, de l'impression qu'aucune solution viable n'était disponible ou ne pouvait être efficace et qu'en plus, la relation thérapeutique pourrait en être affectée, de même que l'état de la pathologie de la patiente. À l'opposé, l'autre soignant—le psychiatre de Florence—réagit d'une façon directive à des situations comportant des obstacles mais, pour lesquelles, il disposait de moyens pour les régler. Ces différences dans les réactions des deux psychiatres peuvent—comme pour la nature et le niveau de leur investissement—s'expliquer par leurs caractéristiques personnelles. D'autres facteurs tels les différences aux plans des valeurs et du vécu des soignants, de leurs philosophies d'intervention ainsi que de leurs perceptions de leurs rôles professionnels ont aussi été évoqués précédemment. Ces propositions demeurent faibles, par ailleurs, étant donné l'absence de données portant sur les caractéristiques personnelles des soignants.

Des observations portant sur les trois cas de cette étude, il se dégage des tendances concernant les relations entre les perceptions, l'investissement et la directivité des soignants. La perception chez les soignants d'un bon potentiel d'amélioration chez les patientes est généralement associé un investissement thérapeutique plus élevé et un degré de directivité plus faible dans leurs interventions. Un état jugé plus critique ou à risque chez les patientes est généralement accompagné d'un investissement de type mobilisation et d'un niveau de directivité plus élevé dans les interventions. Ces tendances nous permettent ainsi de conclure à l'existence d'une relation positive entre le niveau de directivité et l'investissement de type mobilisation et à l'existence d'une



relation inverse entre la directivité et l'investissement de type thérapeutique<sup>105</sup>.

En conclusion, la directivité chez les soignants peut être induite par une combinaison d'éléments liés à la perception des soignants dont: la perception d'un risque élevé pour les patientes ou leurs enfants, une perception défavorable à l'égard des patientes—reliée à la perception d'un faible potentiel d'amélioration de leur fonctionnement et aux réactions non conformistes des patientes aux interventions proposées—et la perception que les interventions seront plus efficaces si l'on a recours à de la directivité. La directivité est parfois nécessaire dans certaines situations d'urgence et peut, ainsi, avoir l'impact de soulager les patientes ou de réduire le stress auquel elles sont exposées. Elle peut, par ailleurs, occasionner des effets iatrogéniques dont celui de compromettre l'alliance thérapeutique, d'exclure les patientes et leurs familles du processus de décisions relatives aux orientations thérapeutiques. Enfin, le recours à la directivité peut varier selon les soignants en fonction de leurs caractéristiques personnelles ce sur quoi nous n'avons pas les données pour fournir les explications. Cette analyse portant sur la directivité retient les propositions suivantes. Ces propositions et les relations entre elles sont illustrées à la figure 26.

- (H32) *Le recours à la directivité par les soignants à l'égard des mères atteintes de troubles mentaux varie directement avec leurs perceptions i) d'un faible potentiel d'amélioration des mères, ii) d'un risque élevé, pour elles-mêmes et leurs enfants, lié à leur état de pathologie et de fonctionnement et iii) de réactions non conformistes des mères aux interventions proposées; cette relation passe par le développement chez les soignants d'une perception défavorable des patientes.*
- (H33) *La directivité dans les interventions auprès des mères atteintes de troubles mentaux est associée à un niveau élevé de mobilisation et d'investissement chez les soignants et à un niveau d'efficacité des interventions répondant à leurs attentes.*
- (H34) *Le recours à la directivité par les soignants à l'égard des mères atteintes de troubles mentaux est déterminé par les conditions d'efficience et d'efficacité des interventions.*
- (H35) *Le recours à la directivité dans les interventions auprès des mères atteintes de troubles mentaux est associé à l'état et à la force de la relation et de l'alliance thérapeutiques et, par là, au niveau d'efficacité des interventions.*

---

<sup>105</sup> Tel que défini au chapitre 1, p. 37.

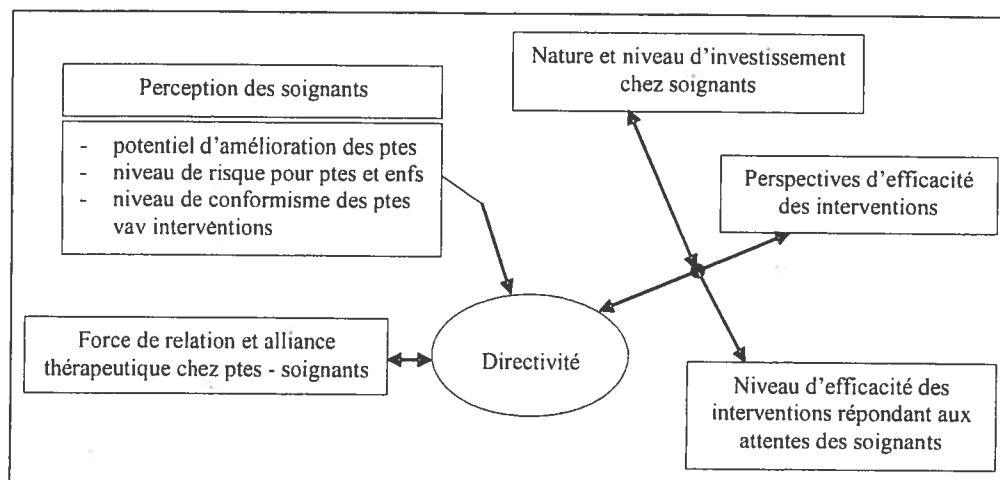


Figure 26: Facteurs associés à la directivité des soignants envers les mères atteintes de troubles mentaux et leurs familles.

### 7.3.2.1 Persistance de la directivité: non ajustement des perceptions des soignants

Outre les différences notées dans le niveau de directivité des soignants envers les patientes et leurs familles, on trouve aussi des différences dans le degré de persistance de cette directivité. Le cas de Florence, notamment, se distingue des deux autres par le maintien d'un niveau élevé de directivité dans les interventions la concernant. Les trois patientes ont présenté, à diverses périodes de leur évolution, des états comportant des risques importants. L'état psychotique de Florence comportait des risques indéniables de dangerosité. Toutefois, les comportements de Caroline et de Danièle, lorsqu'elles se trouvaient dans leur état le plus critique, furent beaucoup plus problématiques en termes d'opposition, de dangerosité pour elles-mêmes et pour leur entourage en raison, notamment, de leurs menaces suicidaires et même homicidaires dans le cas de Caroline. Ces comportements ont exigé un niveau élevé d'encadrement et de directivité. Toutefois, à la différence des soignants de Florence, ceux des deux autres patientes y eurent recours sur de plus courtes périodes et ils y mirent fin dès l'amélioration de l'état des patientes. Pourtant, c'est Florence qui montra l'évolution la plus favorable. En dépit d'une amélioration soutenue de son état psychiatrique et fonctionnel, lorsque son conjoint entreprit des démarches de séparation, certains soignants étaient convaincus qu'elle ferait une rechute psychotique et qu'elle représentait ainsi toujours un danger pour ses enfants. Ces convictions, qui les ont amenés à percevoir un risque imminent chez cette patiente, les ont aussi amenés à se mobiliser pour clarifier les situations et proposer leurs solutions qui allaient à l'encontre de celles de la patiente, dont celle de l'éloigner de ses enfants. En somme, les soignants de Florence ont eu de la difficulté à modifier leurs perceptions du potentiel d'amélioration et du degré de risque associé à son état.

Cette crainte pouvait être associée à la persistance de leur perception d'un risque élevé pour la patiente mais aussi pour ses enfants avec qui elle maintenait des contacts. Ainsi, le fait que Florence continuait d'exercer son rôle de mère pouvait être une source de préoccupation chez ses soignants qui la trouvaient toujours très malade. Cela aurait contribué au maintien d'un niveau élevé de directivité dans leurs interventions.

#### 7.3.2.2 Non ajustement des perceptions des soignants: autres impacts

Cette difficulté à ajuster ou à modifier les perceptions et les interventions fut aussi observée chez les soignants de Caroline et de Danièle. Outre le maintien de la directivité dans les interventions, elle eut comme autre conséquence la tendance à limiter les interventions à des objectifs d'amélioration et de stabilisation de l'état des patientes sans viser leur autonomie maximale. Tel qu'énoncé à la section précédente, les convictions des soignants que les patientes ne pouvaient devenir fonctionnelles, qu'elles demeuraient à risque ou encore que les pousser vers une autonomie maximale aurait pu déstabiliser leur état, ont pu contribuer au fait qu'ils ne visaient que rarement l'amélioration de leur autonomie dans les différentes sphères de leur vie. Le psychiatre de Caroline, par exemple, manifesta, dès le début de son suivi, une impression défavorable quant à son évolution et l'investissement auprès d'elle fut, de façon générale, très faible. Dans le cas de Danièle, la perception d'un bon potentiel d'amélioration s'est maintenue jusqu'à la confirmation de son diagnostic de trouble de personnalité limite. Ce qui prit assez de temps et contribua à la prolongation de plusieurs hospitalisations. Après de multiples tentatives de réintégration dans sa famille, les intervenants cessèrent d'intervenir à ce niveau, notamment au niveau du rôle de mère qui suscitait souvent des réactions dysfonctionnelles. Les soignants de Florence ont eu tendance à la maintenir à distance de son rôle maternel tant qu'ils ont craint qu'elle nuise à ses enfants. Mais, ils n'ont pas cherché à évaluer de façon tangible le risque de dangerosité chez cette patiente et ses capacités à exercer son rôle maternel. La difficulté de certains soignants à ajuster leurs perceptions—positives ou négatives—selon l'évolution des patientes semble avoir limité ou retardé la remise en question et la réorientation de leurs attitudes et interventions à l'égard des patientes. En somme, en raison de leur perceptions cristallisées—qui pourraient s'apparenter à des préjugés—vis-à-vis les patientes, les soignants avaient tendance à orienter, consciemment ou non, leurs interventions vers le maintien de situations minimalement problématiques afin de favoriser une certaine stabilité plutôt que de les orienter vers la découverte et l'utilisation par la patiente de ses ressources personnelles. La difficulté chez certains soignants à remettre en question leurs perceptions à l'égard des mères et de leurs familles, outre le fait que l'investissement s'en soit trouvé limité, a contribué au maintien d'attitudes directives à leur égard sans que celles-ci aient toujours été motivées ou à des interventions non adaptées à leurs besoins et leur évolution. Cette analyse, amorcée au chapitre relatant l'histoire de Florence avait conduit à quelques propositions en ce sens: (p. 284) (H) *la cristallisation des perceptions défavorables des soignants envers la*

*patiente constituent des obstacles à la remise en question de leurs perceptions et attitudes subséquentes suivant l'évolution de son état de pathologie et de fonctionnement; et (H) le développement de l'autonomie chez la patiente peut contribuer à maintenir la perception chez les soignants d'un risque toujours latent, ce qui peut les amener à promouvoir des interventions axées principalement sur la protection, que ce soit à l'égard de la patiente et de ses enfants; (H) ces interventions de nature protectrice sont davantage orientées sur l'encadrement et peu orientées vers le développement de l'autonomie.*

La difficulté chez les soignants d'ajuster leurs perceptions, attitudes et interventions rejoint sur certains points la théorie de la dissonance cognitive de Festinger (1957) selon laquelle l'individu recherche l'harmonie entre ses perceptions, ses attitudes et ses comportements. Ces observations sont aussi cohérentes avec les théories portant sur la perception qui soutiennent qu'elle est fondée sur la subjectivité de celui qui perçoit et qu'elle peut avoir tendance à persister, si elle conduit à l'élaboration de stéréotypes ou de préjugés<sup>106</sup>. Un des problèmes liés à la perception sociale est la négligence des facteurs qui pourraient infirmer les stéréotypes ou les préjugés. Étant donné l'influence majeure des perceptions—qui ne sont pas toujours situées à un niveau élevé de conscience—sur les attitudes et les comportements des individus, il apparaît essentiel, dans un contexte de soins et services en santé mentale, que les soignants se sensibilisent à l'impact de leurs perceptions, au sens qu'elles peuvent prendre et qu'ils se préoccupent de les objectiver. Par ailleurs, cela n'est possible que si l'on trouve dans l'organisation des soins et services les conditions permettant les remises en question nécessaires à de tels changements.

Un des problèmes, soulevés dans la littérature, induit par la non objectivation des perceptions des soignants à l'égard des mères et des familles en difficulté est le risque de transmettre ces perceptions potentiellement erronées. Les intervenants risquent, en conséquence, d'adhérer à des représentations négatives des membres de la famille, issues de l'émotivité, de leurs expériences passées et de celles d'autres intervenants qui les ont précédés. Ces représentations négatives peuvent modifier leur regard et limiter la créativité et l'engagement relationnel au plan de l'intervention (Molinat et Toubin, 1996). Dans le même sens, St-André (1996) souligne le risque de l'utilisation abusive du déterminisme psychologique dont l'effet fréquent est le jugement trop hâtif sur les capacités parentales des mères atteintes de troubles mentaux avant même qu'on leur ait donné une chance. De son côté, Ausloss (2001; p.18) évoque la tendance chez les intervenants à s'appuyer sur des prémisses, “non démontrées mais bien affirmées”, dont celle que les familles en difficulté ne veulent pas changer, ce qui les amènent à se centrer sur les problèmes sans prendre en compte les compétences de ces familles.

---

<sup>106</sup> Se référer au *Cadre Analytique* pour les notions théoriques portant sur la perception et les préjugés.

La littérature rapporte aussi des divergences entre les soignants quant à leurs perceptions à l'égard des mères présentant des troubles mentaux et de leurs familles (Cazas, Dhôte, Bouttier, Ginestet, 1990 et Grunbaum et Gammeltoft, 1993). Selon que l'on ait une perception plus ou moins positive de la mère, certains privilégient le maintien du contact mère-enfant comme élément curatif pour la mère alors que d'autres tolèrent difficilement l'insuffisance d'intérêt ou de préoccupation chez la mère à l'égard de l'enfant ou encore ses problèmes à exercer son rôle maternel. On se retrouve alors devant ces tendances extrêmes au plan des réactions ou attitudes chez les intervenants entre une vive inquiétude et une pression à intervenir ou, à l'opposé, la banalisation pouvant aller jusqu'à la négation des troubles chez la mère et des risques pour l'enfant. D'ailleurs, ces tendances extrêmes se sont illustrées à travers les cas de Caroline et de Florence. Cette situation conduit fréquemment à un état d'inertie chez les intervenants ainsi qu'à des conflits entre eux. Ces facteurs-émotifs et réactionnels-identifiés chez les intervenants sont susceptibles d'influencer grandement leurs orientations et leurs interventions auprès de ces mères.

Un autre problème, lié tant à la difficulté des soignants de modifier leurs perceptions des patientes qu'à l'usage de la directivité dans leurs interventions, est l'influence de ces attitudes sur leur prise en considération des besoins ou demandes exprimés par les patientes et les membres de leur famille. De façon générale, il ressort des données une relation positive entre un niveau élevé de directivité et un faible niveau d'écoute à l'égard des patientes et de leur famille. À l'inverse, dans les situations où les soignants adoptaient une attitude moins directive, ils manifestaient davantage d'écoute et d'attention aux demandes des patientes ou de leur famille. Comme il fut évoqué plus haut, les situations qui nécessitaient plus de mobilisation et de directivité étaient généralement des situations comportant des risques. Étant donné le sentiment d'urgence à intervenir suscité par la perception de risque chez les soignants, ce contexte a pu les rendre moins disponibles à l'écoute des besoins ou des demandes des patientes et de leur famille et réduire, du même coup, l'autonomie des patientes dans la prise en charge de leurs problèmes. Des propositions en ce sens avaient été évoquées au chapitre portant sur le cas de Caroline (p. 121) de même qu'à celui portant sur Florence (p. 284).

Il avait été mentionné dans une section précédente que le lien entre les difficultés associées au rôle maternel et l'intensité de la pathologie n'était pas toujours reconnu par les patientes. De même, il n'est pas toujours reconnu, ni traité par les intervenants. Dans un contexte où les interventions doivent être plus encadrées et où l'écoute est moins disponible, peu ou moins de place est laissée au vécu de mère dans les interventions. Étant donné la difficulté, reconnue, des mères atteintes de troubles mentaux à révéler leurs difficultés au niveau de leur rôle maternel, cette situation peut accroître leurs difficultés en ce sens. En somme, la difficulté des mères atteintes de troubles mentaux à exprimer leur vécu à l'égard de leur expérience de mère peut être influencée par le degré de confiance ressentie à l'égard des soignants et par la place laissée par ces derniers à

l'expression des problèmes liés à leur rôle maternel.

Cette difficulté d'être à l'écoute des patientes et de leurs familles pourrait aussi être reliée au fait que les soignants se trouvent parfois coincés entre leurs valeurs personnelles et leurs obligations professionnelles. Une situation d'urgence, étant donné la pression à intervenir qui y est associée, peut induire chez les soignants un conflit entre leurs valeurs personnelles et leurs obligations professionnelles lequel, conflit, peut les amener à intervenir plus facilement s'ils ne tiennent pas compte des émotions potentielles, des intentions ou des besoins exprimés par les patientes et par les membres de leur famille. S'appuyant sur certains aspects de la théorie de la dissonance cognitive (Festinger, 1957), il est possible de penser que le fait d'adopter consciemment ou non une position plus rationnelle ou distante à l'égard de l'émotivité potentielle des patientes et de leur famille permet aux soignants d'éviter la confrontation entre leurs propres émotions—par exemple, la peur, l'ambivalence ou la culpabilité—et leurs croyances. On sait qu'en relation d'aide une distance émotionnelle est nécessaire chez les soignants pour que l'intervention thérapeutique soit pertinente et appropriée. Mais est-ce qu'un tel conflit entre les valeurs et obligations des soignants pourrait faire en sorte que l'on se distancie trop des besoins et attentes des mères souffrant de troubles mentaux et de leurs familles?

En conclusion, les soignants ont eu tendance à orienter leurs interventions en fonction de leurs perceptions du potentiel d'amélioration, ou encore, en fonction du degré de risque que représentait l'état des patientes. Toutefois, ils ont rarement objectivé leurs perceptions au moyen d'évaluations formelles ou d'autres interventions. De plus, les trois cas ont fait ressortir la tendance chez les soignants à s'orienter vers le maintien d'un état qu'ils jugeaient satisfaisant pour les patientes sans viser la poursuite de l'amélioration de leur fonctionnement vers un niveau optimal d'autonomie. Ces deux tendances peuvent avoir certains liens entre elles. La tendance des soignants à rechercher et à ne pas aller au-delà d'un état de pathologie stabilisé pourrait s'expliquer par leur difficulté à ajuster et à objectiver leurs perceptions à l'égard des mères souffrant de troubles mentaux, selon leur évolution et, par leur crainte, qui en découlerait que les enfants de ces mères ou les mères elles-mêmes, si elles deviennent trop autonomes, soient exposés à des risques. Cette tendance chez les soignants peut être induite, d'une part, par leur perception d'un pauvre potentiel d'amélioration chez les patientes mais, aussi, par leur crainte de déséquilibrer leur état s'ils exercent trop de pression vers l'amélioration. La synthèse des analyses et des propositions élaborées précédemment conduit aux propositions suivantes: (H36) *la non objectivation des perceptions des soignants quant aux risques entourant les mères atteintes de troubles mentaux et leurs enfants ainsi que la persistance de leurs perceptions défavorables à l'égard les mères conduisent à la cristallisation de ces perceptions, au maintien des attitudes qui en découlent, dont la directivité et le manque d'écoute envers les mères et leurs familles, et à la fixité d'interventions de nature protectrice au détriment d'interventions axées sur l'autonomie et la reprise du rôle maternel, indépendamment*

*de l'état de pathologie et de fonctionnement des mères. (H37) Le niveau d'écoute des soignants à l'égard des problèmes et besoins exprimés par les mères atteintes de troubles mentaux influence le niveau de confiance ressentie par les mères envers les soignants et l'expression de leurs problèmes associées à leur rôle maternel.*

### 7.3.2.3 Directivité et rapports interprofessionnels

La directivité des soignants a eu une influence sur leurs rapports interprofessionnels. Des différences observées entre les psychiatres de Caroline et de Florence illustrent cet énoncé. On trouve aussi quelques exemples au chapitre portant sur le cas de Danièle. Dans le cas de Florence, l'épisode portant sur l'avortement représente un bon exemple de la directivité ou influence exercées par le psychiatre pour convaincre les autres membres de l'équipe de l'approche qu'il privilégiait. De même, dans le cas de Danièle, le psychiatre usa de son influence auprès de l'ergothérapeute pour mettre fin aux interventions mère-enfant. Et, dans les deux cas, sans qu'il y ait de conflit interprofessionnel. Dans le cas du psychiatre de Caroline, le pouvoir qu'il s'attribuait et qu'il utilisait à l'égard des autres soignants a varié selon les situations. Lors de l'épisode portant sur la question d'un avortement pour Caroline, son psychiatre s'était, alors décrit comme un "acteur passif" et reportait son inaction sur l'ambivalence de la patiente. Pourtant, il a montré qu'il était capable d'utiliser son pouvoir légitime quand il fut question de démontrer aux intervenants du CLSC et de l'Unité mère-enfant que Caroline et son deuxième conjoint étaient aptes à s'occuper de leur nouveau-né. Il s'agissait, à ce moment, pour le psychiatre de reprendre le contrôle de la situation face à ces intervenants qui risquaient de proposer des changements importants dans l'organisation de vie de Caroline et de sa famille. Ces observations suggèrent (H38) *que le recours par les soignants à de la directivité ou à leur pouvoir d'influence dans leurs relations interprofessionnelles varie selon leur perception de leur capacité à contrôler les situations et les conséquences qu'ils en attendent.*

Les observations tirées du cas de Caroline montrent aussi que l'absence de directivité peut conduire à l'absence d'orientations claires dans les interventions auprès des patientes. La question de l'avortement fut abordée, dans son cas, à la période limite de faisabilité, après que la patiente l'ait revendiqué en faisant des menaces suicidaires. Dans cette situation de crise, qui a nécessité l'hospitalisation de la patiente, le psychiatre a procédé aux démarches pour faire évaluer la faisabilité d'un avortement. Son intervention s'est limitée à une demande de consultation en gynécologie, sans discussion préalable avec le gynécologue consultant, qui est devenu par la suite responsable de la décision à prendre. De son côté, le gynécologue détermina, sans consulter le psychiatre traitant, les interventions à poser pour contrer les réactions psychologiques et émotionnelles de la patiente. Il en résulta un imbroglio chez les divers soignants, suite à la référence du

gynécologue au service social médical, alors que la patiente était déjà suivie au service social psychiatrique. Cette situation relève en partie de l'absence de directivité du psychiatre traitant envers les autres soignants. Cela eut, en effet, la conséquence de reporter l'ensemble des responsabilités, relatives à la décision de procéder à un avortement, sur un autre soignant pour qui la patiente était totalement inconnue. Aussi, le fait que le psychiatre traitant n'assuma pas son pouvoir-légitime, en l'occurrence-contribua à l'absence de concertation interprofessionnelle. L'absence de directivité chez le psychiatre traitant eut l'impact d'amplifier la responsabilité des soignants secondaires et conduisit à des interventions inefficaces, en raison de leur éparpillement et de leur redondance. Cet épisode s'est terminé par le transfert de Caroline d'un service à l'autre sans qu'elle n'ait obtenu les services requis. Cette analyse rejoint le point de vue de Bergeron, Côté Léger, Jacques et Bélanger (1979) que l'absence de pouvoir entraîne le chaos et le désordre dans les groupes ou les organisations.

L'absence de directivité du psychiatre de Caroline envers les autres soignants pourrait s'expliquer par l'approche de spécialisation inhérente à l'organisation et à l'administration des services de santé, dont les services médicaux, selon laquelle le pouvoir des médecins spécialistes est fonction de leur champ de pratique. Dans un tel contexte, il est fréquent que le médecin spécialiste limite sa responsabilité à sa seule spécialité et laisse, ainsi, toute latitude à son collègue d'une autre spécialité pour des interventions qui concernent, pourtant, des sphères interdépendantes chez un même individu et qui ont, ainsi, des effets directs l'une sur l'autre. Cette situation peut aussi être attribuable à des facteurs tels la formation, la socialisation, les normes professionnelles ou encore la charge de travail qui influencent, à leur tour, la perception des intervenants de leurs rôles professionnels. D'ailleurs, il avait été évoqué, lors de l'analyse du cas de Caroline (p. 114) (H) *qu'il n'est pas implausible que les frontières habituelles du rôle professionnel du traitant tel qu'établi par les paramètres de sa formation de spécialiste ou par les normes qui régissent son rôle dans le milieu de travail, ici le milieu hospitalier, aient concouru à déterminer le pattern des interventions observées (compartmentation, discontinuité...)*. De même, au cours de l'analyse portant sur le cas de Florence, il avait été proposé (p. 286) que (H) *le niveau de directivité ou de pouvoir utilisé par le psychiatre traitant, étant donné la définition de son rôle professionnel, peut être un facteur déterminant de coordination des interventions, en l'absence de concertation interprofessionnelle*.

Les différences notées entre les psychiatres de Caroline et de Florence sur le plan de leur directivité, en dépit du fait qu'ils étaient exposés aux mêmes normes organisationnelles et législatives, et donc à une définition similaire de leur rôle professionnel, et l'absence de données portant plus spécifiquement sur ces variables remettent en question la proposition ci-haut formulée pour le cas de Caroline (p. 114). Selon les données disponibles et l'analyse qui en a été tirée à la section précédente, ces différences quant à la directivité des soignants ne s'expliqueraient pas tant



par leur rôle professionnel tel qu'établi par les paramètres de leur formation de spécialiste ou par les normes qui régissent leur rôle dans le milieu de travail que par leurs perceptions—fondées sur leur subjectivité—du potentiel des patientes et des risques reliés à leur état de même qu'à la perspective d'exercer un contrôle sur une situation problématique ou, encore, la perspective que leurs interventions puissent être efficaces.

Étant donné cet impact possible de la directivité des soignants sur leurs relations avec les patientes—celui de la *transformation de la relation patiente-soignant en un rapport de lutte/négociation* (p. 121)—, l'absence de directivité peut comporter certains avantages pour les soignants dont celui de leur éviter de se positionner en conflit de rôles à l'égard des patientes, ce qui risquerait d'aggraver leur état ou, encore, de complexifier la situation thérapeutique. Le psychiatre de Caroline a, de cette façon, pu préserver, à maintes reprises, son alliance thérapeutique avec la patiente. Malgré le fait que l'absence de directivité ait pu induire des problèmes au plan de la coordination des interventions, ces conséquences pouvaient lui apparaître moins lourdes, à prime abord, que les conséquences liées à l'instauration d'un conflit au plan de la relation thérapeutique.

En conclusion, la directivité a une influence sur les rapports entre les soignants et sur l'organisation des interventions. Dans ce contexte, elle peut être vue comme découlant d'un leadership ou d'un pouvoir légitime de la part des soignants à l'égard d'autres soignants. Il convient de rappeler que le pouvoir fondé sur la légitimité, appelé aussi autorité, repose sur les droits attribués au statut ou à la position que le détenteur de pouvoir occupe dans un groupe ou une organisation. Le leadership consiste en un pouvoir d'influencer les membres d'un groupe en vue d'atteindre des objectifs communs. Le leader se doit, par ailleurs, de rechercher l'établissement d'un consensus dans un groupe<sup>107</sup>. L'absence de directivité, si elle est combinée à une absence de coordination entre les soignants, peut réduire l'efficacité des interventions. En d'autres termes, (H39) *la directivité dans les rapports interprofessionnels est associée à la coordination des interventions et, par là, à leur efficacité*. Cette proposition s'ajoute aux précédentes (H31, H32 et H36) qui relient la directivité et l'efficacité des interventions. Les facteurs reliés à l'organisation tels la structure des rôles professionnels, la formation, la socialisation et les normes professionnelles ne semblent pas avoir tant d'influence sur le recours des soignants à la directivité tant avec les patientes qu'avec les autres soignants. Ce serait plutôt des variables relevant de leurs caractéristiques personnelles telles leurs perceptions du potentiel des patientes et des risques reliés à leur état, leurs perceptions de leurs rôles professionnels ainsi que la perspective d'exercer un contrôle sur des situations problématiques ou de rendre leurs interventions efficaces qui influenceraient leur recours à la directivité ou à leur leadership.

---

<sup>107</sup> Pour de plus amples détails, se référer au Cadre Analytique, aux sections portant sur le pouvoir et le leadership

Cette section d'analyse a porté, tout d'abord, sur le phénomène observé de persistance de la directivité et d'autres orientations de traitement envers les patientes et leurs familles qui ont été associées à la difficulté des soignants à ajuster ou modifier leurs perceptions à leur égard, puis, sur le rapport entre la directivité et les rapports interprofessionnels. Elle a conduit à ces propositions représentées dans les figures 27 et 28.

- (H36) *La non objectivation des perceptions des soignants quant aux risques entourant les mères atteintes de troubles mentaux et leurs enfants ainsi que la persistance de leurs perceptions défavorables à l'égard des mères conduisent à la cristallisation de ces perceptions, au maintien des attitudes qui en découlent, dont la directivité et le manque d'écoute envers les mères et leurs familles, et à la fixité d'interventions de nature protectrice au détriment d'interventions axées sur l'autonomie et la reprise du rôle maternel indépendamment de l'état de pathologie et de fonctionnement des mères.*
- (H37) *Le niveau d'écoute des soignants à l'égard des problèmes et besoins exprimés par les mères atteintes de troubles mentaux influence le niveau de confiance ressentie par les mères envers les soignants et l'expression de leurs problèmes associées à leur rôle maternel.*
- (H38) *Le recours par les soignants à de la directivité ou à leur pouvoir d'influence dans leurs relations interprofessionnelles varie selon leur perception de leur capacité à contrôler les situations et les conséquences qu'ils en attendent.*
- (H39) *La directivité dans les rapports interprofessionnels est associée à la coordination des interventions et, par là, à leur efficacité.*

Pour fin de synthèse, le regroupement des variables inductrices de directivité chez les soignants envers les patientes, leurs familles et les autres intervenants, qui émergent des données de cette étude, mène à la proposition suivante:

- (H40) *Le recours par les soignants à de la directivité envers les mères atteintes de troubles mentaux, leurs familles et les autres intervenants est déterminé par leurs perceptions à l'égard des mères (potentiel d'amélioration et risques associés à leur état), leurs perceptions de leurs rôles professionnels et la perspective d'efficacité de leurs interventions (sentiment de contrôle sur les situations problématiques).*

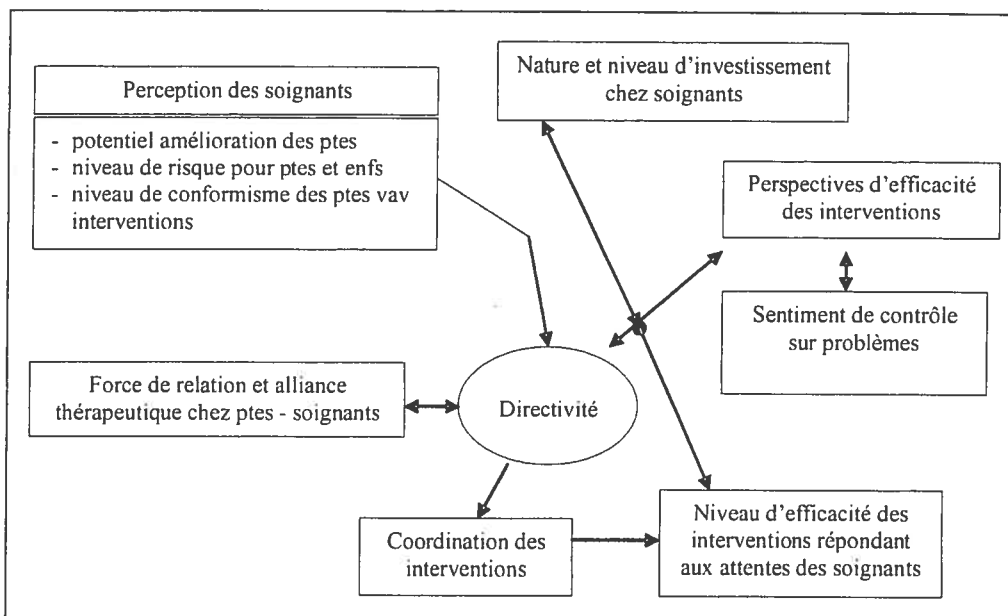


Figure 27: Facteurs associés à la directivité chez les soignants envers les mères atteintes de troubles mentaux, leurs familles et les autres intervenants.

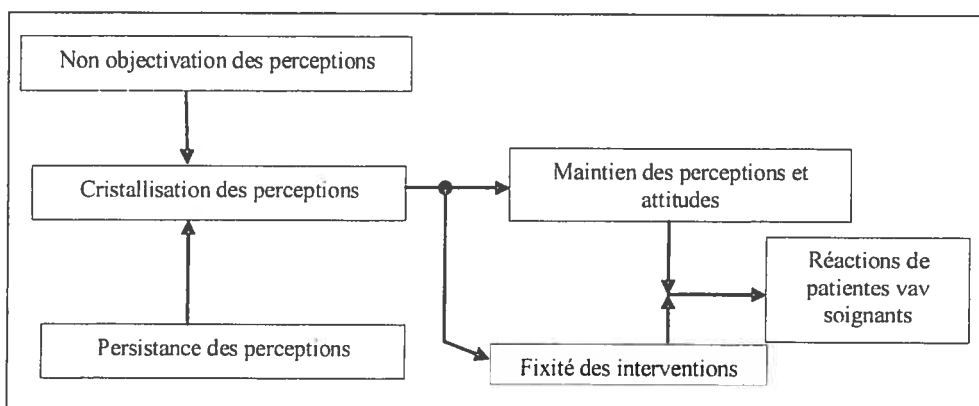


Figure 28: Facteurs associés à la cristallisation des perceptions chez les soignants.

### 7.3.3 Communication et concertation interprofessionnelles et coordination des interventions

La communication interprofessionnelle, la concertation interprofessionnelle et la coordination des interventions sont d'autres variables importantes qui ont influencé le cours des interventions auprès des trois patientes de cette étude. L'histoire de Caroline montra des carences importantes dans les communications interprofessionnelles tant chez les soignants oeuvrant dans un même établissement que chez ceux provenant de milieux différents. A l'opposé, les cas de Danièle et de Florence montrèrent, à certaines périodes de leur suivi, une quantité et une qualité plus élevées de communications entre les soignants, alors qu'à d'autres moments, elles étaient plus déficientes, notamment, dans les situations moins urgentes et dans celles où il y avait divergence d'opinions entre les soignants.

S'inspirant de la nomenclature proposée par Côté et ses collaborateurs (1994) divers types et modes de communication furent utilisés. Qu'il s'agisse de communications formelles ou informelles, les communications interprofessionnelles passaient habituellement par les canaux de transmission suivants: les réunions, les discussions téléphoniques, les dossiers médicaux et les formulaires de référence ou de consultation. Ces canaux de transmission réfèrent à des modes différents de communication. Les réunions permettent la communication bidirectionnelle dans laquelle il y a, à la fois, communication et rétroaction. Le dossier médical correspond à un mode de communication unidirectionnelle puisqu'il ne permet pas de rétroaction immédiate. Si les notes au dossier médical sont claires et complètes, la communication unidirectionnelle, présente l'avantage d'un apport rapide et systématique d'informations. Elle comporte aussi des désavantages. En premier lieu, elle ne permet pas un accès rapide aux opinions ou aux réactions de l'interlocuteur. De plus, selon Côté et ses collaborateurs (1994), ce type de communication favorise la centralisation du pouvoir, puisqu'elle ne favorise pas la contestation des idées formulées. Une communication efficace se fonde sur la variation des canaux de transmission.

Les modes prédominants de communication, différents selon les cas étudiés, semblent avoir eu une influence sur la concertation entre les soignants et sur la coordination de leurs interventions. Dans le cas de Caroline, la communication unidirectionnelle fut plus fréquemment utilisée, en comparaison des deux autres cas, où l'on retrouvait une plus grande variété de modes de communication. Ainsi, une part des problèmes de concertation professionnelle et de coordination des interventions, observés dans ce cas, peut être attribuée à l'usage prédominant de communications unidirectionnelles fondées, pour la plupart, sur des formulaires de référence ou le dossier médical. Le recours quasi-exclusif à ces modes de communication peut, en effet, avoir contribué aux multiples interventions discontinues et peu coordonnées, notamment, lors de la demande d'évaluation pour l'avortement et lors de la situation ambiguë du congé de Caroline après son accouchement. Dans ces deux situations, Caroline et sa famille n'ont pas eu les services requis par leur état. Bien que l'on ne puisse attribuer uniquement cette

carence au mode de communication, il constitue un élément important de cette problématique. En somme, cette analyse suggère que (H) *les modes de communication utilisés dans les rapports interprofessionnels influencent la qualité des communications entre les soignants, le niveau de concertation entre eux, la coordination des interventions et, conséquemment, l'efficacité des interventions.*

L'état des patientes a influencé les modes de communications et leur fréquence. Dans les trois cas, l'on retrouve des notes plus complètes et explicites au dossier dans les situations où les soignants étaient confrontés à des situations critiques ou urgentes. On remarque, en effet, que dans les situations d'urgence ou lorsque les patientes étaient hospitalisées, les soignants échangeaient plus fréquemment entre eux lors de réunions formelles ou informelles. La fréquence des communications interprofessionnelles diminuait lorsque l'état des patientes se stabilisait. Il est plausible de penser que, dans les contextes d'urgence ou comportant des risques, l'obligation de trouver rapidement des solutions favorise le recours à un plus grand nombre de soignants et augmente le besoin de communication. Ces observations permettent de conclure que (H) *le mode et la fréquence des communications interprofessionnelles sont fonction de la complexité des problèmes reliée à la gravité de la pathologie des patientes.*

Le niveau d'investissement des soignants, qui découle aussi de l'état des patientes et de la complexité de leurs problèmes, pourrait avoir une influence sur la dynamique de communication / concertation interprofessionnelles. Dans les trois cas, l'on note que la communication et la concertation interprofessionnelles étaient plus faibles dans les situations de faible investissement thérapeutique ou de désinvestissement chez les soignants, alors qu'elles étaient plus fortes dans les situations d'urgence où le niveau d'investissement était plus élevé. En somme, cela suggère que (H) *le niveau d'investissement des soignants influence leurs communications et leur niveau de concertation.*

Les interventions étaient, de façon générale, mieux coordonnées dans les situations urgentes ou comportant des risques. Cette coordination de niveau plus élevé s'accompagnait, dans les cas de Danièle et de Florence, de concertation entre leurs soignants, ce qui ne fut pas le cas pour ceux de Caroline. La concertation interprofessionnelle variait en effet selon les équipes de soignants. Les soignants qui s'occupaient de Danièle et de Florence discutaient fréquemment entre eux des stratégies d'interventions et des solutions à envisager. Puis, elles étaient souvent appliquées, notamment dans le cas de Danièle, selon le plan choisi par consensus. Dans ces deux cas, la concertation entre les soignants découlait de communications fréquentes et relativement profondes. Cet aspect fut plus problématique chez les soignants de Caroline. Étant plus rarement discutées, les orientations des interventions étaient, le plus souvent, assujetties aux décisions unilatérales du psychiatre traitant lesquelles se fondaient sur les fluctuations importantes et rapides de l'état de la patiente. En conséquence, la concertation interprofessionnelle entre les soignants de Caroline était généralement

très faible. Ces observations suggèrent, en somme, que (H) *la concertation et la communication interprofessionnelles sont interreliées.*

Le manque de concertation, entre les soignants qui s'occupaient de Caroline, n'a pas empêché, par ailleurs, la coordination des interventions dans certaines situations problématiques, notamment, lors de crises à l'urgence psychiatrique. Cette meilleure coordination est, à première vue, attribuable à la directivité ou au pouvoir d'influence que le psychiatre traitant exerçait de façon plus importante envers les autres soignants dans ces situations. L'exercice de la directivité ou du pouvoir d'influence par le psychiatre traitant fut aussi une variable importante dans le cas de Florence qui influença la concertation entre les soignants et la coordination des interventions. C'est en effet sous son insistance que les consensus s'établirent entre les soignants et que plusieurs des orientations du traitement furent déterminées. Il est plausible de penser, à la lumière des données provenant des situations d'urgence ou comportant des risques, que la coordination des interventions s'adressant aux patientes peut être associée à la concertation interprofessionnelle. Mais, elle n'en est pas une condition essentielle puisque la coordination des interventions peut aussi relever de la directivité ou du pouvoir exercés par les intervenants principaux sans qu'il y ait eu, préalablement, de concertation. Rappelons ici que l'exercice du pouvoir, dans certaines de ses formes, ne requiert pas obligatoirement le recours à la consultation<sup>108</sup>. Cette analyse soutient la proposition (H39), formulée plus haut, que *la directivité dans les rapports interprofessionnels est associée à la coordination des interventions et, par là, à leur efficacité.* De plus, elle permet de proposer que (H) *la concertation interprofessionnelle n'est pas une condition essentielle à la coordination des interventions.*

Le cas de Caroline avait fait ressortir que certains facteurs, relevant de l'organisation des divers milieux de pratique—milieu hospitalier, ressource d'hébergement, DPJ, CLSC—, notamment la structure de rôles professionnels et les normes de pratique, pouvaient avoir une influence sur les mécanismes de communication et de concertation interprofessionnelles ainsi que sur la coordination des interventions. L'épisode portant sur la recherche d'un hébergement pour Caroline, où les intervenants du milieu hospitalier et ceux de la ressource d'hébergement ont eu des difficultés à s'entendre<sup>109</sup> et, celui suivant la naissance de son enfant au cours duquel le psychiatre traitant est intervenu auprès des intervenants de l'Unité mère-enfant et du CLSC, ont conduit à des propositions en ce sens (pp. 98 et 130). Les "*définitions de rôles professionnels et les obligations des différents agents*" d'intervention, la "*division du travail reliée à la spécialisation des tâches et aux normes qui régissent les interactions et les attentes de rôle du milieu*" de même que les milieux de pratique différents avaient été reconnus comme des variables pouvant influencer la communication et la concertation interprofessionnelles

<sup>108</sup> Se référer aux sections portant sur le pouvoir et le leadership au Cadre analytique.

<sup>109</sup> Rappelons que les ententes entre les soignants de l'urgence et les intervenants communautaires furent ardues en raison d'un certain sentiment de méfiance de la part des intervenants de la ressource qui craignaient de ne pas obtenir le soutien du milieu hospitalier en cas de difficultés avec la patiente.

ainsi que la coordination des interventions. Toutefois, les données provenant des cas de Danièle et de Florence n'ont pas permis de soutenir ces propositions puisque les trois équipes de soignants exerçaient dans le même établissement, et étaient donc soumises aux mêmes règles, et que celles qui sont intervenues auprès de Danièle et de Florence ont montré un niveau plus élevé de communication et de concertation interprofessionnelles ainsi que de coordination.

Les équipes de soignants de Danièle et de Florence ont tout de même eu leur part de difficultés au niveau de la communication, de la concertation et de la coordination en dépit de mécanismes plus efficaces sur ces plans. Ces deux cas ont fait ressortir, notamment, un phénomène de diminution–voire d'absence–de communication et de concertation interprofessionnelles, dans les situations de divergence d'opinions entre les soignants d'un même milieu de pratique, voire, d'une même équipe de soignants de profession différente. Cela fut le cas, par exemple, lors des interventions portant sur la question du retour au travail pour Florence. Alors que pour la question de son avortement, les orientations étaient claires et consensuelles, les interventions portant sur son retour au travail ont été beaucoup moins discutées et coordonnées. Une différence majeure entre ces deux situations est le degré de convergence dans les opinions des soignants quant aux orientations à prendre à l'égard du problème à résoudre. Dans les situations où il y avait divergence d'opinions, les soignants étaient moins enclins à en discuter et procédaient, comme ils se sentaient habilités à le faire, selon leur formation professionnelle. Ils agissaient ainsi selon leurs opinions ce qui contribua, par ailleurs, à une certaine confusion dans leurs rôles respectifs. Les divers intervenants bénéficient, en raison des règles du système professionnel, d'une certaine autonomie au plan de leur philosophie et de leur pratique mais, en même temps, certains d'entre eux sont soumis au respect de la hiérarchie professionnelle liée à la spécialisation et à l'autorité médicales. Cette situation place les intervenants en conflit de rôles<sup>110</sup> ou en ambiguïté de rôles tant, à l'égard d'eux-mêmes, qu'entre eux, et accentue ainsi le risque de difficultés de communication et de concertation. Ces observations soulèvent la réflexion suivante: Si les situations de divergence d'opinions provoquent des problèmes de communication, de concertation et de coordination entre les soignants d'équipe bénéficiant de mécanismes relativement efficaces à ce niveau, il est compréhensible que, dans les situations de conflits interprofessionnels plus importants, les problèmes de communication et de concertation puissent conduire à un cloisonnement plus hermétique entre les soignants et les milieux. En d'autres termes, (H) *les conflits interprofessionnels amplifient les problèmes de communication et de concertation entre les soignants et peuvent conduire à un cloisonnement interprofessionnel.*

La convergence des opinions ou des philosophies d'intervention entre les intervenants a d'ailleurs été un facteur déterminant pour la communication et la concertation entre les intervenants du milieu hospitalier et ceux des autres établissements. Il fut, en effet, possible d'observer que lorsque les

---

<sup>110</sup> Pour plus de détails sur le système professionnel voir la section intitulée *Les autres systèmes en présence* au chapitre 2.

soignants du milieu hospitalier étaient en accord avec les interventions des intervenants d'autres milieux de pratique—par exemple, la situation de l'avortement pour Florence—les mécanismes de communication favorisant la concertation étaient mis en place plus aisément. D'autre part, dans les trois cas, si les interventions des intervenants extra-hospitaliers n'étaient pas sanctionnées par les soignants du milieu hospitalier, la communication et la concertation entre eux s'en trouvaient diminuées voire absentes. Les cas de Caroline et de Danièle illustrèrent cette relation entre l'absence de communication interprofessionnelle et le désaccord de soignants à l'égard d'interventions d'autres soignants. Dans le cas de Caroline, les intervenants de la DPJ et du CLSC ont tenté, après l'accouchement de la patiente, de contacter, à plusieurs reprises et sans succès, le psychiatre traitant qui était en désaccord avec leur implication. De son côté, le psychiatre de Danièle, qui était en désaccord avec l'approche utilisée par la psychothérapeute qui suivait Danièle à l'extérieur du milieu hospitalier n'a jamais tenté de contacter cette intervenante. Par ailleurs, ce psychiatre n'a eu aucune autre difficulté à consulter ou à se concerter avec d'autres soignants. Cela suggère, en somme que (H) *le niveau de convergence entre les soignants influence leurs communications et le niveau de concertation entre eux de même que la coordination de leurs interventions.*

Ces conclusions ne sont pas sans rappeler certains éléments de la théorie de Homans (1950, 1968 et 1974) sur la structuration des rapports et des normes de groupe dont la relation entre l'adhésion des membres d'un groupe à des valeurs similaires, leurs sentiments mutuels et la fréquence de leurs interactions<sup>111</sup>. De leur côté, White, Mercier et Roy (1993; 17) distinguent les conditions relatives à la coordination et à la concertation:

“la coordination implique la planification et l'établissement de règles du jeu, par rapport aux relations entre organismes, services ou établissement, même si cela se fait d'une manière assez informelle. Ces règles du jeu représentent un cadre stable auquel les “partenaires” peuvent faire référence pour savoir à quoi s'attendre les uns des autres.... La concertation laisse beaucoup plus de liberté, voire d'autonomie aux partenaires, puisqu'elle ne réglemente pas les relations entre eux. L'objectif de la concertation est plutôt le développement d'une reconnaissance mutuelle des intérêts communs et de ceux qui sont en contradiction, afin de briser le cloisonnement des acteurs et de favoriser la coopération sur le terrain.”

Les auteures distinguent aussi ces deux concepts par la nature des acteurs impliqués: “... la coordination rejoint un ensemble d'acteurs préalablement bien identifiés. La concertation ... fait idéalement appel à tous les acteurs pouvant être concernés par un objet.” (White, Mercier et Roy, 1993; 17). Elles soulignent le fait qu'en santé mentale au Québec, plusieurs instances de concertation ont été mises sur pied, notamment les tables de concertation en santé mentale, dont la fonction est de déjouer les effets de rigidité et de cloisonnement découlant de l'organisation des services. Elles cherchent ainsi à réduire le cloisonnement des organismes et professionnels impliqués dans

---

<sup>111</sup> Voir le chapitre 1 à la section “Le groupe et ses normes”.



l'intervention en santé mentale à dépasser les divergences entourant les philosophies d'intervention et les conflits qui peuvent en résulter.

En résumé, les données de cette étude montrent que plusieurs éléments influencent la communication et la concertation interprofessionnelles de même que la coordination des interventions. Il y a, tout d'abord, le mode de communication utilisé. Que les contacts soient formels ou informels, il apparaît plus important de procéder par contacts directs et bidirectionnels entre interlocuteurs pour assurer une meilleure concertation entre les soignants. Une communication directe et bidirectionnelle conduirait ainsi à une concertation plus élevée entre les intervenants que des modes indirects et unidirectionnels de communication, indépendamment du milieu de pratique de ces intervenants. La convergence des opinions des divers acteurs est une autre variable pouvant influencer la communication. Dans les trois cas de cette étude, les situations de divergences d'opinions entre les soignants se manifestèrent par l'absence ou une réduction des communications entre eux, induisant, du même coup, l'absence ou la réduction de la concertation interprofessionnelle et de la coordination des interventions. Finalement, indépendamment du niveau de communication et de concertation interprofessionnelles, la directivité ou pouvoir d'influence des soignants responsables du traitement des patientes envers les autres soignants influencent la coordination des interventions. En d'autres termes, malgré un faible niveau de communication et de concertation interprofessionnelles, la coordination des interventions peut être élevée si l'intervenant principal assume un pouvoir fort.

L'organisation des soins et services dans les divers milieux—de laquelle découlent la structure des rôles professionnels et le niveau d'intégration des tâches à exécuter—pourrait avoir une influence importante sur les communications et la concertation entre les soignants ainsi que sur la coordination des interventions. Le milieu hospitalier, où le modèle de spécialisation est prédominant, préconise une division des tâches en fonction de la spécialité à couvrir. Les communications se restreignent, assez souvent, à l'intérieur des frontières de ces spécialités. Le mode de communication unidirectionnelle est relativement important dans ce type de structure et peut y être justifié pour des motifs d'efficacité et d'efficacités. Ces conclusions ne peuvent, par ailleurs, être tirées qu'à partir du cas de Caroline puisque les deux autres cas, se trouvant sous les mêmes conditions, n'ont pas éprouvé autant de problèmes à ce niveau. Elles ne peuvent donc être appuyées avec force dans le cadre de cette étude. Toutefois, étant donné les liens connus entre l'organisation du travail et les communications, elles mériteraient d'être examinées plus en profondeur dans une étude ultérieure.

En conclusion, les problèmes de communication entre intervenants, de concertation interprofessionnelle et de coordination des interventions peuvent tirer leur origine de plusieurs sources liées à la nature même des communications, au degré de convergence des opinions des divers intervenants, à la nature de l'investissement des soignants, au niveau de directivité ou de pouvoir exercés par les intervenants principaux et à l'organisation de travail des milieux de soin. Cette

multiplicité de variables, étant donné leur interdépendance et leurs influences mutuelles, rend compte de la complexité que peut comporter la problématique des communications et de la concertation interprofessionnelles et de la coordination des interventions et, par là, l'efficacité des interventions. En bref, l'ensemble des propositions énoncées dans cette section, et représentées à la Figure 29, sont regroupées dans cette proposition plus générale:

(H41) *La relation entre la communication interprofessionnelle, la concertation interprofessionnelle et la coordination des interventions est conditionnée par ces variables: les modes de communication interprofessionnelle, le niveau d'investissement des soignants, le degré de convergence entre les soignants, le niveau de directivité ou de pouvoir exercés par les soignants principaux envers les autres soignants et l'organisation des soins et services des milieux de pratique.*

Selon le jeu d'interactions entre ces variables, les propositions suivantes ont aussi été retenues:

(H42) *La communication et la concertation interprofessionnelles ainsi que le niveau de directivité ou de pouvoir exercés par les soignants dans leurs interventions influencent la coordination des interventions .*

(H43) *En l'absence de mécanismes efficaces de communication et de concertation interprofessionnelles, le niveau de directivité et de pouvoir exercé par les soignants principaux envers les autres soignants est une condition suffisante à la coordination des interventions.*

## **PARTIE II : DISCUSSION**

Ce chapitre a présenté, jusqu'ici, une discussion sur les analyses des résultats de cette étude relatifs à chacun des sous-systèmes étudiés soit : les problèmes des mères atteintes de troubles mentaux dans l'exercice de leur rôle maternel, les problèmes relatifs à la dynamique relationnelle entre les mères et leurs familles ainsi que les dimensions relatives au système d'intervention (soignants et organisation des soins et services). Dans la suite du présent chapitre, la discussion se poursuivra sur des thèmes, déjà abordés dans les analyses antérieures, touchant plus spécifiquement les interventions en santé mentale soit : les contre-attitudes des soignants à l'égard des mères, le rôle utilitaire des familles pour les soignants et le risque de conflit de rôles induits par les interventions, les interventions auprès des enfants et les contraintes dans la mise en place d'interventions appropriées aux mères atteintes de troubles mentaux, dans le contexte du système québécois de santé et des services sociaux.

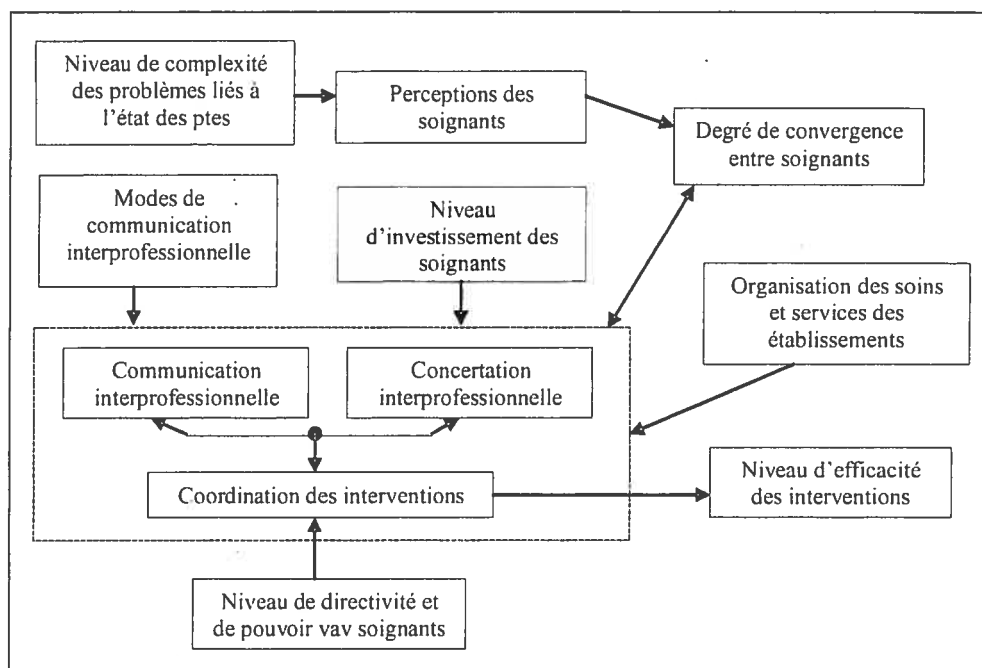


Figure 29: Variables associées à la communication et à la concertation interprofessionnelles ainsi qu'à la coordination et à l'efficacité des interventions s'adressant aux mères atteintes de troubles mentaux.

#### 7.4 SOIGNANTS ET RÔLE MATERNEL: LES CONTRE-ATTITUDES

Plusieurs auteurs s'intéressant aux mères atteintes de troubles mentaux et à leurs familles préconisent des interventions précoces, et donc un investissement massif, auprès de cette clientèle (Benjamin et Benjamin, 1995; Cazas, Dhôte, Bouttier et Ginestet, 1990; Goodman, 1984; Isserlis, Boureau et Valleur, 1985; Lyons-Ruth, Botein et Grunebaum, 1984; Manzano, Pallacio-Espasa et Knauer, 1984; Pawl et Lieberman, 1997). En raison de l'absence de tels investissements dans la pratique usuelle, certains dénoncent le manque de considération des cliniciens quant aux problèmes spécifiques des mères atteintes de troubles mentaux qui continuent d'exercer leur rôle maternel (Boily et Lew, 1997; Bennett, 1996 dans Oates, 1997; Esdaile et Olson, 2004). Parmi les conclusions importantes de cette étude, rappelons la relation associative entre les perceptions des soignants envers les mères et leurs familles et la nature de leur investissement auprès d'elles selon, entre autres, le potentiel d'amélioration des mères et le degré de risque relié à leur état ainsi que la cristallisation des perceptions et d'attitudes des soignants—dont un faible niveau d'investissement envers les mères et leurs familles ou de la directivité—pouvant mener à la fixité d'interventions limitées à des objectifs

de stabilisation et de protection au détriment d'interventions axées sur l'autonomie et la reprise du rôle maternel. Il ressort aussi de cette étude la présence chez certains soignants de divergences philosophiques lorsqu'il s'agit de décider de laisser ou non les patientes s'occuper de leurs enfants. Ces divergences peuvent conduire à des conflits interprofessionnels qui peuvent complexifier les processus de communication et de concertation interprofessionnelles ainsi que la coordination des interventions, lesquels sont des éléments fondamentaux de l'efficacité des interventions. Ce phénomène de divergence philosophique entre les soignants peut être lié à une des dimensions qui n'a pas été abordée directement dans cette étude, étant donné l'insuffisance de données à ce sujet soit, l'impact des valeurs et du vécu des soignants, lorsque des enfants ont à subir les conséquences des troubles mentaux de leur mère.

La littérature fait abondamment part des réactions et contre-attitudes possibles des soignants à l'égard des mères souffrant de troubles mentaux graves (Apfel et Handel, 1993; Belville, Indyk, Shapiro, Dewart, Moss, Gordon et Lachapelle, 1991; Cazas, Dhôte, Bouttier et Ginestet, 1990; Lamour et Barraco, 1998; Molinat et Toubin, 1996; Nicholson et Biebel, 2002; Sharlin et Shamai, 2000). En raison d'un phénomène d'identification à l'enfant, il devient parfois difficile pour les soignants de maintenir une relation d'aide avec ces mères, qu'ils perçoivent comme dangereuses pour leurs enfants. Les familles vulnérables suscitent des mouvements contradictoires chez les intervenants, surtout, lorsqu'ils sont confrontés à des facettes différentes du problème, qui les placent en contradiction les uns par rapport aux autres et, aussi par rapport à eux-mêmes, lorsqu'ils ont à exercer des rôles en dualité (par exemple, évaluation des habiletés maternelles qui pourrait mener à un signalement aux services sociaux et rôle thérapeutique) (Brunette et Dean, 2002). Lors d'une recherche auprès de familles en extrême difficulté, Sharlin et Shamai (2000) ont identifié un phénomène de «coalition du désespoir»<sup>112</sup> qui se développe entre ces familles et les intervenants qui les prennent en charge. Il s'agit de la reproduction chez les intervenants de la désorganisation et des réactions de frustration, d'agression et de désespoir que vivent les familles en difficulté. Cette symétrie de problèmes et réactions se traduit dans les interventions à l'égard des familles. Les auteurs ont d'abord noté de la désorganisation et une absence de frontières, qui résultent en une définition imprécise des rôles, un manque de consistance dans les interventions et de la confusion dans les interprétations des soignants. Les soignants ont alors tendance à élaborer de fausses présomptions, ce qui s'apparente à «l'effet de halo» par lequel un problème identifié chez un individu se généralise à l'ensemble des sphères de sa vie. Cela influence l'apport d'informations concernant ces familles, résultant, le plus souvent, en un manque d'informations ou en désinformation. En outre, la désorganisation qui caractérise les interventions affecte la capacité des soignants à mettre en place des programmes d'interventions appropriés pour les patients. Un autre aspect de la «coalition du désespoir» se manifeste dans la frustration et l'agression que l'on trouve tant dans les familles en difficulté que chez les soignants qui

---

<sup>112</sup> Traduction libre de «coalition of despair» (Sharlin et Shamai, 2000, p.37).

ont alors tendance à étiqueter négativement ces familles. Le désespoir et l'impuissance sont deux autres caractéristiques fréquemment observées tant chez ces familles que chez les soignants qui s'occupent d'elles. Chez les soignants, le désespoir et l'impuissance imprègnent leurs attitudes quant à leur habileté à rendre leurs interventions efficaces. De la même façon, la faible estime de soi qu'éprouvent les familles en extrême difficulté, s'apparente à la perception négative développée par les soignants envers elles, qui mine l'espoir et la motivation, essentiels au processus de changement. En raison de la conscience qu'ont les soignants de leur limites professionnelles, de leur sentiment d'inefficacité envers cette population et de leur incapacité de créer un changement, la «coalition du désespoir» contribue à limiter l'investissement des soignants envers les familles en extrême difficulté et à les placer dans un état d'isolement. Car il est souvent difficile pour les soignants d'avouer leurs limites professionnelles et les sentiments qui en résultent. En somme, selon Sharlin et Shamai (2000), intervenir auprès des familles en grande difficulté nécessite une force que tous les intervenants n'ont pas. Cette théorie de "coalition du désespoir" appuie certaines des propositions développées dans cette thèse, plus spécifiquement celles reliant les perceptions et l'investissement des soignants.

Les interventions s'adressant aux mères atteintes de troubles mentaux graves comportent en effet des exigences particulières pour les intervenants, qui mettent à l'épreuve leurs qualités personnelles et augmentent la complexité des interventions. Cazas et ses collaborateurs (1990) précisent certaines de ces exigences. Les intervenants doivent, par exemple, être capables soit, de se substituer et de "faire à la place de" soit, de laisser la place à la mère réelle ce qui signifie "faire avec" ou "laisser faire" et ce, même si la mère est encore maladroite et imparfaite. Les intervenants doivent pouvoir "conduire par la main", jouer le rôle de médiateur permissif, valorisant et cohérent, sans la confrontation thérapeutique. Il importe, en outre, de comprendre le sens des troubles du comportement maternel. Cela peut aussi mener à aider la mère à établir et à accepter une distance entre elle et son enfant:

"Quant à nous, savoir distinguer derrière la colère et le rejet [de la mère] manifeste les affects sous-jacents d'impuissance, de détresse, d'anéantissement constitue le point crucial de l'abord de la relation mère-soignant.... Souvent la mère affirme le désir d'avoir son enfant près d'elle, mais l'enfant une fois présent, elle ne le supporte pas. Il nous faut saisir l'inaménageable d'une relation encore impossible, et concevoir à travers la demande de contact la quête d'une distance." (Cazas et al., 1990, p. 660).

Molenat et Toubin (1996) sont d'avis que, comme les parents en difficulté, les intervenants ont besoin d'images de l'avenir pour construire leur propre sécurité et pouvoir s'engager dans une relation avec les membres de familles en difficulté. En ce sens, l'avis de ces auteurs rejoint les propositions énoncées dans cette étude, qui mettent en relation l'investissement des soignants et leur perception du potentiel d'amélioration des patientes. Ces auteurs proposent une vision différente du rôle de l'intervenant auprès des mères et des membres de leur famille et auprès des collègues. Un intervenant

qui a besoin de référer une mère et sa famille à un autre intervenant, le fait souvent en raison du fait qu'il se trouve confronté à ses limites. Il doit alors jouer le rôle de "relai" entre la mère, sa famille et le nouvel intervenant, en s'appuyant sur une reconnaissance partagée des limites de chacun. Cette position de relai est importante afin d'éviter la rupture dans le passage entre les intervenants. Ces intervenants doivent fonctionner en complémentarité et non pas se substituer l'un à l'autre. Molenat et Toubin (1996) proposent, ainsi, une expérience de triangulation entre plusieurs intervenants et une famille et soulignent l'importance du retour de l'information entre les intervenants pour maximiser leur engagement relationnel à l'égard de cette famille. Une telle conception pourrait assurer, selon eux, des réponses appropriées aux besoins des patientes et de leurs familles et réduire l'effet de cloisonnement entre les intervenants, fréquemment observé dans la pratique auprès de cette clientèle. Ces auteurs soulignent l'importance que chaque intervenant maintienne une vision globale de la famille et du réseau de soins à travers les diverses prises en charge. L'attitude à l'égard de ces familles doit être diligente et les intervenants doivent développer l'habitude de travailler ensemble. Stanley et Penhale (1999) soulignent aussi de leur côté les problèmes de communication et de collaboration inter-professionnelles et inter-établissements pour la clientèle de mères atteintes de troubles mentaux : ils les expliquent par des conceptions différentes des problèmes de santé mentale des mères et des besoins des enfants et, aussi, par les frontières organisationnelles des institutions.

Cette position de relai de la part des intervenants, proposée par Molenat et Toubin (1996) s'apparente à la vision du rôle de l'intervenant auprès de familles en difficulté, proposée par Auloos (2001), dont la fonction principale serait d'activer la circulation des informations entre les membres des familles de façon à faire émerger les solutions. Il propose tout d'abord de changer notre vision des familles en difficulté, de reconnaître et de miser sur leurs compétences à trouver leur propres solutions et donc de les voir comme des collaborateurs plutôt que comme des familles manipulatrices et résistantes au changement. Selon cet auteur, la plupart des intervenants ont été formés à chercher les problèmes et ils ont tendance à trouver ce qu'ils cherchent même si la réalité est différente. Alors que les problèmes de santé mentale des mères suscitent chez les soignants des inquiétudes, voire de l'anxiété (Stanley et Penhale, 1999) à l'égard du devenir de leurs enfants, plusieurs de ces mères peuvent voir des effets positifs à leur maternité dont un sentiment de valorisation et d'accomplissement, des changements dans leurs comportements déviants, la diminution de leur isolement et le désir de réintégration sociale, une meilleure connaissance de leur psychopathologie d'où une meilleure adhésion à leur traitement (Mowbray, Oyserman, Bybee, MacFarlane et Rueda-Riedle, 2001).

Pour reconnaître et contrer les réactions émotives et les contre-attitudes des intervenants appelés à s'occuper directement des mères et de leurs enfants, plusieurs auteurs suggèrent que ces intervenants, indépendamment de leur lieu de pratique—centre hospitalier, programme communautaire ou à domicile—bénéficient d'un entraînement et d'une formation minimales et d'un soutien interpersonnel continu, par le biais de rencontres entre eux, ou du moins, qu'ils prennent l'habitude d'une auto-

observation rigoureuse (Belville et al, 1991; Cazas et al. 1990; Cox, 1993; Molenat et Toubin, 1996; Nicholson et Biebel, 2002). Selon Stanley et Penhale (1999), cela permettrait aussi de travailler à de meilleures communications et collaborations inter-professionnelles. Certains proposent aussi que les mères souffrant de troubles mentaux et leurs enfants soient suivis par une seule équipe qui n'aura pas à choisir entre l'enfant et la mère (Cazas et al., 1990; Goodman, 1984) ou encore, si les services doivent être offerts par des équipes différentes, que ces services soient intégrés (Brunette et Dean, 2002). Les besoins et problèmes des mères atteintes de troubles mentaux et de leurs familles s'en trouveraient moins polarisés, mais aussi, les divers intervenants pourraient bénéficier des expertises des uns et des autres, partager leur inquiétudes quant aux risques qui pourraient être évalués sur un mode multidisciplinaire et être moins exposés à leurs propres jugements de valeur (Stanley et Penhale, 1999).

En somme, l'intervention auprès des mères atteintes de troubles mentaux exige chez les intervenants de la souplesse ainsi que la capacité de s'ajuster aux besoins parfois inconciliables de la mère et de l'enfant puis, la capacité de lui faire confiance. Elle requiert, en outre, de se dégager de son rôle professionnel traditionnel qui, le plus souvent, place l'intervenant dans une position de juge, d'expert, d'autorité ou de supériorité à l'égard de la mère. Aussi, lorsque l'on considère la difficulté de certains intervenants d'objectiver leurs perceptions et de développer une image positive de ces patientes en tant que mères, dans un contexte où elles se jugent elles-mêmes sévèrement, il peut être plausible pour elles de se sentir jugées ou menacées de perdre leurs enfants et d'éprouver des difficultés à faire confiance aux soignants et, ainsi, de s'impliquer dans une démarche thérapeutique visant l'amélioration de leur santé mentale. Cette difficulté à faire confiance s'ajoute aux autres facteurs d'insuccès de l'intervention thérapeutique auprès d'elles (Chabrol, Teissedre, Saint-jean, Teisseyre, Sistic, Michaud et Roge, 2001; Nicholson, Sweenay et Geller, 1998a dans Nicholson et Biebel, 2002; Sheppard, 2002 et Stanley et Penhale, 1999). En effet, l'effet confrontant que peuvent comporter les interventions s'adressant plus spécifiquement au rôle maternel pour les mères qui se sentent incapables d'en assumer la charge peut contribuer à ce qu'elles s'éloignent du système d'intervention pour se protéger de cette confrontation qui leur rappelle leurs incapacités à exercer leur rôle maternel. .

Les données de cette étude montrent qu'il peut être difficile pour certains intervenants de modifier leurs perceptions à l'égard de ces mères et suggèrent que cette difficulté est, en partie, générée par leur perception d'un risque élevé lié à l'état des patientes tant pour elles-mêmes que pour leur famille. Une situation comportant des risques, qui induisent généralement chez les soignants un état émotif particulier (crainte, stress, ...), expliquerait certaines de leurs contre-attitudes à l'égard des mères atteintes de troubles mentaux graves. Ces résultats rejoignent les explications proposées dans la littérature. Que ce soit en raison de représentations négatives des mères et de leurs familles (Molenat et Toubin, 1996; Nicholson et Biebel, 2002; Sharlin et Shamai, 2000; Sheppard, 2002; Stanley et Penhale, 1999), de recours à un certain déterminisme psychologique (St-André, 1996) et professionnel

(Ausloos, 2001), ou encore du phénomène de “coalition du désespoir” décrit par Sharlin et Shamai (2000), l'objectivité des jugements des soignants quant au potentiel des patientes s'en trouverait diminuée. Cela aurait l'effet de limiter l'investissement thérapeutique des soignants et pourrait, comme il est proposé dans cette thèse, les amener à adopter une attitude de directivité non fondée ou de faible investissement à leur égard, en omettant certains de leurs besoins.

L'intervention auprès des mères souffrant de troubles mentaux nécessite un climat de confiance qu'il est difficile de cultiver dans le contexte actuel du système d'intervention. L'organisation actuelle des services fait en sorte que, dans certaines circonstances, les intervenants sont placés dans une situation paradoxale ou dans une position de conflits de rôles. Les intervenants sont, en effet, appelés à jouer un double rôle, celui de protéger l'enfant, ce qui comporte l'évaluation du risque pour la patiente et pour ses enfants et, celui de traiter la mère, ce qui nécessite l'établissement d'un lien de confiance. On sait qu'il y a absence de consensus sur ce point qui pose un dilemme pour bien des intervenants. Cela peut expliquer les différences observées, à travers les cas de cette étude, au plan des attitudes et des interventions des soignants. D'une part, les interventions portant sur le rôle maternel des patientes étaient dirigées presque exclusivement sur l'évaluation du risque pour les enfants des patientes. Fondées uniquement sur des entrevues, sans que les interactions entre les mères et leurs enfants aient été observées dans leur contexte réel, ces évaluations se sont avérées partielles. D'autre part, le risque de conflit de rôles—celui de juge et d'aidant—auquel étaient exposés les intervenants a pu les amener à ne pas intervenir au plan du rôle maternel de crainte de faire des erreurs ou de provoquer un déséquilibre chez les patientes, d'où leur investissement limité sur ce plan. Au cours des analyses précédentes, il fut évoqué que le conflit de rôles intra-personnels induit par la discordance entre les obligations professionnelles et les valeurs personnelles des soignants qui doivent prendre en compte, à la fois, les besoins des mères et ceux des enfants pouvaient les amener à omettre certains éléments de l'intervention auprès des mères et de leur famille pour éviter ce conflit de rôles ou la dissonance cognitive qui en résulte. Ce phénomène de dualité et de conflit de rôles plaçant les soignants en situation paradoxale est documenté dans le champ des interventions judiciairisées (Odiah et Wright, 2000) et aussi dans le champ de la santé mentale (Brunette et Dean, 2002; Sheppard, 2002).

Outre ces facteurs plus personnels appartenant aux soignants, cette étude a montré que les différences dans leurs réactions et leurs interventions à l'égard du rôle maternel des patientes pouvaient s'expliquer par leurs perceptions quant à leur propre rôle professionnel. Il est fréquent que les soignants établissent eux-mêmes les frontières de leur propre rôle, en fonction de leurs perceptions des normes de leur profession, de leur milieu de pratique et de leur équipe de travail. Par exemple, la tendance observée chez certains soignants à éviter d'aller au-delà d'un état contrôlé de pathologie pour leur patiente peut s'expliquer par les normes du milieu hospitalier spécialisé. Une fois la pathologie stabilisée, la problématique n'est plus autant du ressort médical mais devient davantage fonctionnelle et sociale. Ainsi, les objectifs des soignants oeuvrant dans un centre hospitalier où le



modèle médical prédomine sont atteints, en bonne partie, par la stabilisation de la pathologie voire un état relativement satisfaisant de fonctionnement chez la patiente. Il peut ainsi être légitime pour les soignants, oeuvrant dans un tel contexte, de réduire ou de cesser leurs interventions lorsque la pathologie est stabilisée, d'autant plus, lorsque la pathologie est chronique. Cette situation est renforcée par les pressions économiques pour réduire les coûts relatifs à l'hospitalisation. Certaines attitudes et tendances chez les soignants, observées dans les cas à l'étude, peuvent ainsi s'expliquer par les normes-implicites ou explicites-de leur profession ou de leur milieu de pratique. Le problème se trouve dans l'absence de référence et de transition vers d'autres établissements qui pourraient assumer la suite du traitement. Plusieurs auteurs sont d'avis que le suivi des mères et de leurs enfants ainsi que celui de l'interaction entre les deux partenaires doit être assidu et ne se conçoit qu'avec la collaboration de nombreux intervenants issus de milieux de soin différents (Ausloos, 2001; Belville, Indyk, Shapiro, Dewart, Moss, Gordon et Lachapelle, 1991; Black, Nair, Kight, Wachtel, Roby, et Schuler, 1994; Cazas, Dhôte, Bouttier, et Ginestet, 1990; Cox, 1993; Goodman, 1984; Isserlis, Valleur, Dingli et Grasset, 1980; Massé, 1989 et Stanley et Penhale, 1999). De tels programmes nécessitent une communication et une concertation interprofessionnelles particulièrement efficaces. Ce qui, comme les données de cette étude l'ont démontré, ne va pas de soi.

Les courants actuels de pensée concernant les troubles mentaux graves, comme la schizophrénie peuvent expliquer le fait que les attentes des soignants à l'égard de mères atteintes de ces troubles demeurent minimales. Ces courants vont dans le sens d'amener ces patients à réduire ou à éviter les sources de stress. Les services professionnels traditionnels de psychiatrie et de réadaptation mettent l'emphase, depuis quelques années, sur la nécessité de ne pas transmettre d'attentes élevées à l'égard de cette clientèle, l'objectif étant de leur créer le moins de stress possible et d'éviter, ainsi, des rechutes. Tout en admettant le bien-fondé de ces théories, il importe de demeurer vigilant aux effets iatrogéniques de telles approches et de prendre en compte l'ensemble des caractéristiques de la personne à traiter et non seulement sa pathologie. Ainsi, le maintien d'une telle approche ne devrait pas, par exemple, empêcher le développement et le soutien d'un réseau social qui pourrait aider les mères dans leur rôle maternel ou s'y substituer (Nicholson et Biebel, 2002).

En somme, les perceptions des soignants quant au rôle maternel des patientes jouent un rôle important sur la prise en compte de ce rôle dans leurs interventions et, lorsqu'ils le prennent en compte, sur la nature des interventions s'y adressant. D'autres facteurs tels les philosophies d'intervention, l'état des connaissances médicales, les valeurs des soignants, la structure des rôles professionnels, l'organisation des soins et services, les exigences particulières que comportent l'intervention s'adressant spécifiquement au rôle maternel des patientes ont aussi leurs influences. Plusieurs auteurs font part des impacts importants-reliés à la nature même du statut de mère qu'occupent les patientes- sur les dimensions personnelles des soignants notamment les contre-attitudes souvent développées à l'égard de familles dysfonctionnelles dont les problèmes complexes sont difficiles à résoudre. Ayant pris

conscience de ce problème, ils ont proposé de nouvelles perspectives quant à l'attitude à adopter avec cette clientèle et quant aux méthodes de travail. Certaines de ces propositions nécessiteraient, par ailleurs, de profondes remises en question de la pratique thérapeutique auprès de cette clientèle.

Cette analyse portant sur les dimensions de l'intervention relative au rôle maternel permet d'énoncer la proposition suivante représentée à la prochaine figure.

- (H44) *La prise en compte par les soignants du rôle maternel des mères atteintes de troubles mentaux dans leurs plans d'intervention est influencée par leurs perceptions du potentiel d'amélioration des mères et des risques liés à leur état de pathologie et de fonctionnement, leurs perceptions de leurs rôles professionnels, la perspective de l'efficacité de leurs interventions de même que la perspective de conflits de rôles liées à la prise en compte du rôle maternel dans leurs interventions.*

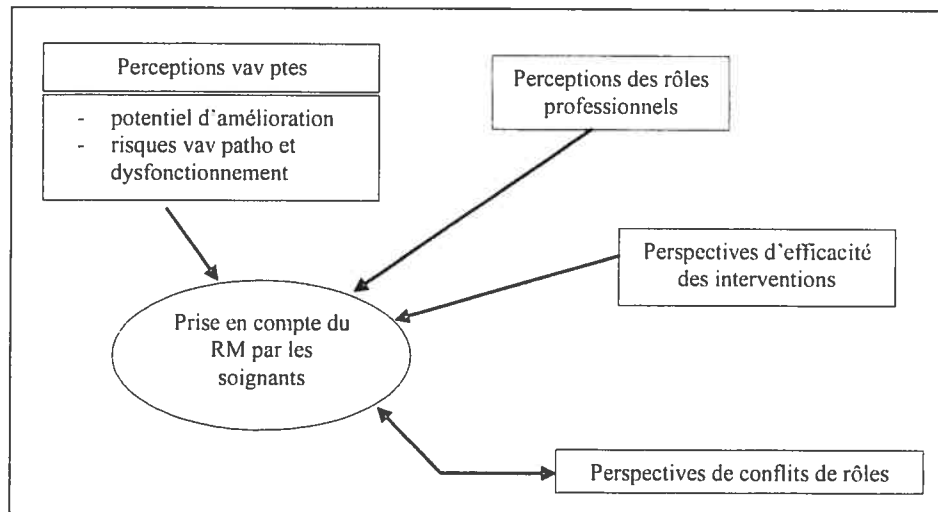


Figure 30: Facteurs associés à la prise en compte par les soignants du rôle maternel des mères atteintes de troubles mentaux

## 7.5 INTERVENTIONS AUPRÈS DES MEMBRES DES FAMILLES: RÔLE UTILITAIRE ET CONFLIT DE RÔLES POUR LES FAMILLES

Comme pour le rôle maternel, l'investissement des soignants de cette étude auprès des familles était fonction de la possibilité que la patiente y retourne et, donc, du fait que ces familles constituent des ressources pour eux. Des différences importantes furent observées entre les trois cas en ce qui

concerne les interventions auprès des familles, notamment, au plan de l'investissement des soignants qui variait directement avec les ressources dont disposaient les familles. Dans les trois cas, l'on a observé cette même tendance chez les soignants à considérer les membres de la famille davantage comme des personnes ressources potentielles que comme des personnes qui, elles-mêmes, pouvaient avoir besoin d'aide ou pouvaient souffrir du dysfonctionnement des patientes.

Ces pratiques eurent, entre autres conséquences, l'impact de placer les membres des familles en situation de conflit de rôles à l'égard des patientes. Les membres des familles pouvaient faire alliance avec ces dernières contre les soignants, dans des situations, par exemple, de revendications de congé, de déni de la pathologie tant par les patientes que par les familles ou de refus de collaboration avec les soignants lorsqu'il était question d'augmenter le niveau d'encadrement des patientes. D'autres circonstances menaient, à l'inverse, à des alliances familles-soignants. Sans juger de la pertinence de telles alliances, elles ont eu parfois l'impact de placer les membres des familles en situation de conflit de rôles envers les patientes et, parfois envers eux-mêmes. Par ailleurs, les alliances entre les membres de la famille et les soignants sont nécessaires à l'efficacité des interventions auprès des mères atteintes de troubles mentaux. Mais elles doivent inclure les patientes elles-mêmes afin de leur permettre de trouver leurs propres solutions en collaboration avec leurs familles, d'où une plus grande efficacité des interventions (Ausloos, 2001) et, ainsi, éviter des conséquences telles le développement ou l'aggravation de relations conflictuelles entre les patientes et leurs familles ou, encore, la démobilisation des familles à l'égard du système d'intervention (Nicholson, Sweeney et Geller, 1998a dans Nicholson et Biebel, 2002).

De façon générale, les soignants des trois patientes avaient de nombreuses attentes à l'égard des familles mais ils fournissaient peu de soutien ou d'attention aux problèmes qu'elles vivaient en rapport avec les incapacités des patientes. Une des observations intéressantes de cette étude est le fait que les conjoints se sont retirés des interventions, après maints efforts, et n'ont jamais accepté d'y revenir, par la suite, même lorsqu'ils furent sollicités de nouveau. Ces observations suggèrent que la pression provenant des attentes des soignants fut difficile à tolérer pour eux et qu'elle les amena à s'éloigner définitivement du système d'intervention. En somme, par des interventions trop intrusives ou directives, les soignants peuvent constituer une menace pour les membres des familles si ces derniers sentent leur intégrité menacée.

Les observations de cette étude, tirées des interventions familiales, soulèvent des interrogations quant aux orientations des interventions à préconiser auprès des familles des mères souffrant de troubles mentaux. Il est possible que dans leur recherche de l'équilibre et de la stabilisation de l'état des patientes, la seule solution pour les soignants passait par le rétablissement de la dynamique familiale antérieure qui comportait tout de même des problèmes. Dans certaines occasions, des interventions auraient pu être offertes aux membres de la famille i) pour leur permettre de comprendre les

comportements problématiques auxquels ils étaient confrontés dans leurs contacts avec les patientes, ii) ou comme le propose Ausloos (2001), pour leur permettre de trouver et d'expérimenter leurs propres solutions et, ainsi, les soutenir dans le développement de solutions ou de stratégies à l'égard de ces comportements problématiques et éviter, éventuellement, leur épuisement et l'isolement des patientes.

S'occuper des problèmes des familles peut, par ailleurs, signifier pour certaines patientes que les soignants les abandonnent au profit de leur famille. C'est ce que Danièle exprima à l'ergothérapeute qui la rencontrait tantôt seule tantôt avec sa fille. Elle percevait que cette soignante s'occupait davantage de sa fille que d'elle. L'intervention auprès de la famille peut ainsi comporter certains pièges que les soignants veulent éviter, dont un conflit dans leur rôle de thérapeute. Le fait de s'en tenir à de l'évaluation ou à des recommandations qui vont dans le sens des demandes des patientes peut, dans l'esprit de certains soignants, leur permettre d'éviter ces pièges tout en favorisant, à brève échéance, l'amélioration des patientes. Toutefois, comme nous l'avons déjà souligné, cela peut se faire au détriment des besoins des enfants et des autres membres de la famille.

Dans un tel contexte, il apparaît essentiel de reconsidérer l'intervention auprès des membres de la famille. Comme le proposent plusieurs auteurs (Ausloos, 2001; Boily et Lew, 1997; Molenat et Toubin, 1996; Nicholson, Sweeney et Geller, 1998a dans Nicholson et Biebel, 2002), les familles devraient faire partie intégrante du traitement des mères atteintes de troubles mentaux. Elles ont besoin d'écoute et de soutien à l'égard des problèmes générés par la psychopathologie de la patiente qui occupe un statut d'importance dans cette famille mais, aussi, de mieux en connaître les manifestations et les moyens les plus appropriés d'y réagir. Une intervention de cette nature est d'autant plus importante lorsque l'implication des membres de la famille provoque une situation de conflit de rôles. Dans une telle situation, l'intervention familiale devrait comporter un travail de clarification et de compréhension auprès de chacun des membres de la famille, dont la mère, quant à leur implication spécifique dans la dynamique familiale et, ainsi, en résoudre les problèmes. Des interventions continues auprès du conjoint, des enfants et des grands-parents sont aussi nécessaires pour maintenir le réseau de soutien pour les mères et leurs enfants. Molenat et Toubin (1996) et Ausloos (2001), en prônant une vision globale de la famille et du réseau de soins, soulignent l'importance de tenir compte du discours des parents dans lequel se trouvent les solutions car, toute communication entre intervenants, de laquelle les parents sont exclus et, où des décisions sont prises à leur égard, suscite une "levée de défenses" et des comportements problématiques de leur part. De tels comportements renforcent l'image négative des mères atteintes de troubles mentaux et des membres de leurs familles auprès des intervenants contribuant, ainsi, à perpétuer un climat de méfiance et conduisent, éventuellement, au désengagement des mères ou des membres de leurs famille envers le traitement.

Cette analyse portant sur les interventions, observées dans cette étude, s'adressant plus spécifiquement aux membres des familles des mères souffrant de troubles mentaux graves permet d'énoncer les propositions suivantes représentées à la figure 31:

(H45) *Le rôle utilitaire des familles, plus que leurs besoins ou difficultés vécues à l'égard de l'état de pathologie et de fonctionnement des mères atteintes de troubles mentaux, détermine les interventions des soignants à leur égard.*

(H46) *Les attentes de rôle de ressource à l'égard de la famille peuvent contribuer à l'émergence de conflits de rôles chez les membres de la famille et à leur éloignement du système d'intervention.*

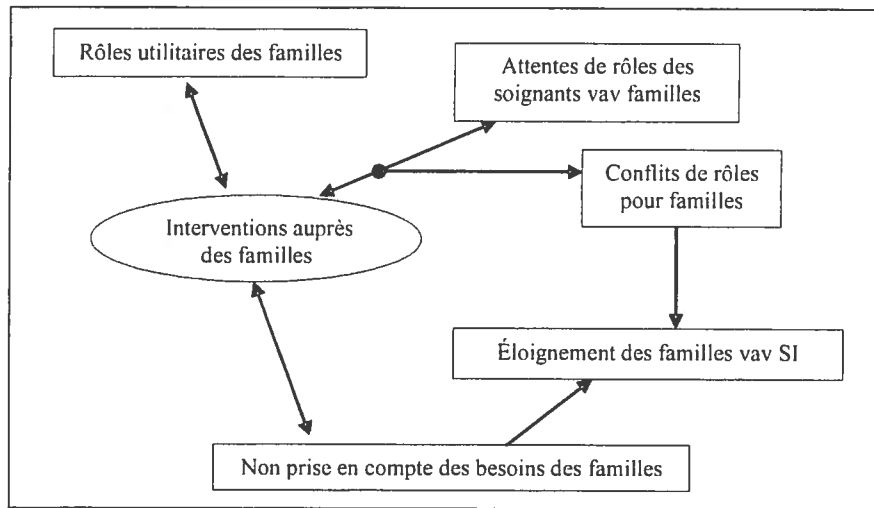


Figure 31 Facteurs associés la distanciation des familles de mères atteintes de troubles mentaux vis-à-vis le système d'intervention

## 7.6 INTERVENTIONS AUPRÈS DES ENFANTS

Les interventions dirigées vers les enfants des patientes de cette étude furent essentiellement des évaluations sommaires qui se sont déroulées, pour la plupart, dans des contextes d'urgence. Les objectifs prioritaires des soignants étaient, alors, d'évaluer les risques de dangerosité pour ces enfants et de les éviter autant que possible. En dehors d'interventions ponctuelles, très peu d'interventions préventives ou curatives furent dirigées vers les enfants des trois patientes. Les soignants étaient davantage préoccupés par des facteurs liés à la sécurité immédiate des enfants ou à leurs

conséquences légales. Comme si le vécu des enfants à l'égard des troubles et incapacités de leur mère et des multiples séparations mère-enfants n'était pas source de préoccupation pour les soignants.

Les quelques interventions mère-enfants observées, portant sur l'évaluation et le traitement du rôle maternel ont été élaborées dans le cadre de cette recherche. En d'autres termes, il ne s'agissait pas d'interventions habituelles dans le milieu de soin. Dans les cas de Caroline et de Danièle, ces interventions se sont produites tardivement dans leur traitement ou ont été trop limitées et isolées du reste des interventions pour être efficaces. Dans le cas de Florence, nous pensons que les interventions mère-enfants à domicile ont eu un impact positif sur la confiance de la patiente en ses capacités de mère. Toutefois, ces interventions n'étaient pas toujours supportées par d'autres intervenants de l'équipe qui demeuraient convaincus que la patiente n'aurait jamais les aptitudes pour s'occuper de ses enfants.

De façon générale, les auteurs, qui ont étudié les facteurs de risque chez les enfants issus de familles dysfonctionnelles, proposent des programmes précoces de prévention et d'interventions à perspective plus large (Apfel et Handel, 1993; Lamour et Barraco, 1998, 1995; Pépin, 1996; Seifer, 1996; Sharlin et Shamai, 2000; St-André, 1996). Pour les familles à risques élevés, Seifer (1996) propose des interventions proactives avec l'objectif d'identifier précocement la pathologie et les troubles du fonctionnement tant chez les parents que chez les enfants, avant même que les problèmes se développent. Les deux problématiques—celles des parents et des enfants—doivent être considérées dans un contexte commun (Boily et Lew, 1997; Brunette et Dean, 2002; Cicchetti, Rogosh et Toch, 2000; Kersting, Reutemann, Ohrmann et Arolt, 2003; Mowbray, Oyserman, Bybee, MacFarlane, Rueda-Riedle, 2001; Seifer, 1996).

Ces recommandations d'interventions à visée préventive font appel à de nouvelles perspectives dans le système actuel de soins et nécessiteraient donc des réaménagements. Or, de telles innovations vont à l'encontre des philosophies dominantes de ce système orienté prioritairement sur le curatif. Selon les observations tirées de cette étude, les interventions auprès des enfants ou axées sur la relation mère-enfant ne font pas partie des rôles habituels des soignants en psychiatrie adulte et peuvent constituer, en ce sens, une charge supplémentaire ou accroître la complexité des interventions. Le cas de Caroline a mis en évidence des difficultés dans les relations entre les intervenants de la psychiatrie adulte, qui s'occupaient principalement de la patiente, et ceux de la DPJ et du CLSC, dont les interventions étaient généralement dirigées vers l'ensemble de la famille. Ces données suggèrent que le fait de s'assurer d'un suivi pour les enfants ou d'établir un lien entre les services à la mère et les services à l'enfant n'est pas toujours considéré du ressort des rôles habituels des soignants de l'adulte. En outre, le travail interdisciplinaire entraîna des interférences d'autres soignants dans le traitement de Caroline et cela n'était pas toujours apprécié par les soignants principaux. Nous avons vu, dans le cas de Danièle, que le fait d'introduire l'enfant dans les thérapies, d'abord offertes à la patiente,

ravivait son sentiment de rivalité à l'égard de son enfant. À l'instar des interventions familiales, les interventions auprès des enfants comportent aussi le risque pour les soignants de se retrouver en situation de conflit de rôles à l'égard des patientes et donc d'ébranler l'alliance thérapeutique avec elles. De plus, dans l'esprit de certains soignants, comme cela fut illustré dans le cas de Florence, les interventions auprès des enfants, si elles contribuent à maintenir un rapprochement de leur mère, constituent un risque d'aggraver la pathologie des patientes ou de replacer les enfants en position de danger. Certains des enfants, observés dans cette étude, furent exposés, non seulement, à la pathologie de leur mère, mais aussi, aux facteurs de morbidité non moins importants que sont la psychopathologie paternelle et le conflit conjugal. Ces résultats sont d'autant plus préoccupants lorsque l'on se réfère aux facteurs de risque, bien documentés dans la littérature, auxquels sont exposés les enfants de mères souffrant de troubles mentaux graves (Kashani, Allan, Dahlmeir, Rezvani et Reid, 1995 et Arsanow et Hollis, 1996 dans Duffy, 2000). En somme, plusieurs facteurs peuvent expliquer l'absence d'interventions de nature préventive et, même curative, pour les enfants de mères souffrant de troubles mentaux graves. Certains relèvent de l'organisation des soins et services en santé mentale et de la structure des rôles professionnels qui en découle, qui priorisent les interventions curatives et donnent lieu à des tâches spécialisées et compartimentées. D'autres facteurs relèvent de la complexité engendrée par ces interventions dont des rapports interprofessionnels plus nombreux et les risques de conflits de rôles pour les soignants.

À la lumière de ces données provenant tant des interventions auprès des patientes que de celles s'adressant aux membres des familles et aux enfants, nous ne pouvons que conclure à l'importance d'intervenir au plan du rôle maternel et auprès du système familial pour offrir à la mère ainsi qu'aux membres de sa famille du soutien et pour renforcer leurs aspects les plus sains. Plusieurs auteurs proposent un système intégré d'interventions dans un même lieu pour favoriser une meilleure cohésion entre les soignants et éviter d'avoir à se positionner pour la mère ou pour l'enfant et sa famille (Black, Nair, Kight, Wachtel, Roby, et Schuler, 1994; Belville, Indyk, Shapiro, Dewart, Moss, Gordon, et Lachapelle, 1991; Boily et Lew, 1997; Cazas, Dhôte, Bouttier, et Ginestet, 1990; Cox, 1993 et Goodman, 1984). D'autres recommandent des interventions dans le milieu de vie permettant de fournir de l'aide concrète aux besoins de base des mères atteintes de troubles mentaux et de leurs enfants ou, encore, de l'accompagnement pour leurs démarches sociales (Brunette et Dean, 2002; Mowbray, Oyserman, Bybee, MacFarlane et Rueda-Riedle, 2001).

Parmi ces interventions, mentionnons l'ergothérapie. Cette étude a porté sur l'ensemble des interventions offertes aux mères souffrant de troubles mentaux par le milieu étudié dont des interventions en ergothérapie. Par son approche globale visant l'autonomie fonctionnelle et par le biais d'activités, dont celles de la vie quotidienne pouvant être applicables dans le milieu de vie, les interventions en ergothérapie peuvent répondre aux besoins parfois très concrets des mères atteintes de troubles mentaux et de leurs familles tout en favorisant un certain rapprochement avec elles. Par

exemple, les interventions à domicile offertes par l'ergothérapeute à une des mères, qu'il était difficile de rejoindre, ont contribué à établir une alliance thérapeutique avec elle et à se centrer véritablement sur ses compétences maternelles, ce qui n'avait pas été possible jusque là dans le milieu hospitalier. Une étude portant sur la prévention et le traitement des dépressions du post-partum a aussi montré que les visites à domicile, avec de l'aide dans les activités quotidiennes, se sont avérées efficaces auprès des mères, dans des conditions où ces visites n'étaient pas vécues comme intrusives mais plutôt comme une manifestation d'engagement et d'intérêt de la part des thérapeutes (Chabrol, Teissedre, Saint-Jean, Teisseyre, Sistac et Roge, 2001) En somme, selon ces auteurs, le recours plus fréquent à des interventions de cette nature, une fois l'alliance thérapeutique établie, peuvent être aidantes pour les mères atteintes de troubles mentaux et leurs familles. Des interventions dans le milieu de vie de ces mères, intégrant son entourage familial et social, contribuent à maintenir les mères dans leur système social ; ainsi, elles peuvent être considérées comme des agentes actives d'un système et non pas comme des systèmes indépendants et isolés.

L'analyse portant sur les interventions s'adressant aux enfants de mères souffrant de troubles mentaux conduit aux propositions suivantes représentées à la Figure 32 :

- (H47) *La structure du système de soins en santé mentale caractérisée par la spécialisation et la compartimentation des services, les considérations légales liées à l'intervention en santé mentale, les perceptions des soignants à l'égard des mères atteintes de troubles mentaux et à l'égard de leurs rôles professionnels, leur niveau de préoccupation à l'égard des enfants, et les risques pour les soignants de conflit de rôles associés au niveau de complexité des interventions élargies déterminent l'orientation des interventions pour les mères atteintes de troubles mentaux et leurs enfants.*
- (H47a) *Ces variables contribuent à limiter les interventions aux troubles mentaux des mères sans prendre en compte les besoins de leurs enfants autres que leur sécurité immédiate.*



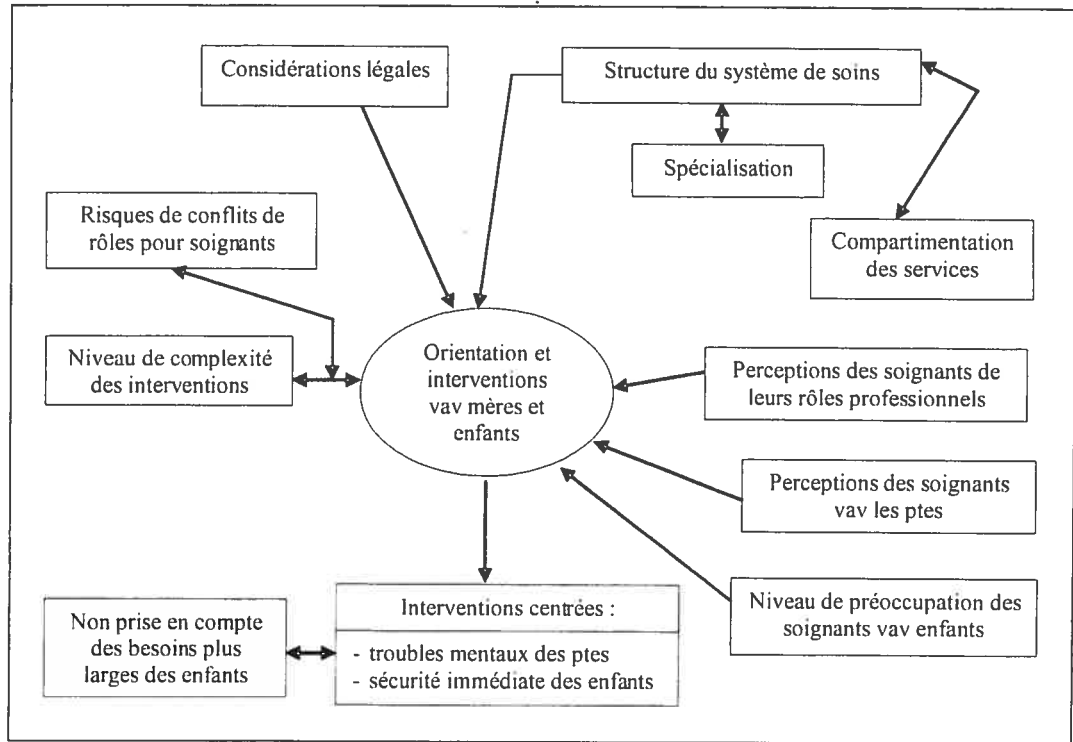


Figure 32: Facteurs déterminant l'orientation des interventions s'adressant aux mères atteintes de troubles mentaux et à leurs enfants.

### 7.7 INTERVENTIONS AUPRÈS DES MÈRES ATTEINTES DE TROUBLES MENTAUX GRAVES ET LE SUPRA-SYSTÈME DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

L'intégration des services, couvrant l'ensemble des besoins des mères atteintes de troubles mentaux et de leurs familles, dans un contexte favorisant la cohérence et la concertation entre les soignants sont des conditions favorables à des interventions efficaces pour cette clientèle. Le contexte passé et présent du système québécois de santé et des services sociaux constitue une trame de fond qui doit être prise en compte pour comprendre l'ensemble de la problématique de l'intervention auprès des mères atteintes de troubles mentaux<sup>113</sup>. Tout d'abord, il s'agit d'un système qui a subi, de façon successive, de nombreuses réformes—qui ont mené à l'élaboration de diverses politiques de santé, à des réorganisations de services et à des remises en question du système professionnel et de l'organisation du travail—ainsi que des réductions importantes des ressources.

<sup>113</sup> Pour des détails concernant l'historique, voir le chapitre 3 intitulé *Contexte Général*.

C'est dans ce contexte que la Politique de santé mentale (PSM)<sup>114</sup> a été élaborée. On y trouve, entre autres, la recommandation de prendre en compte la "réalité individuelle" de la personne atteinte d'un trouble mental, puisqu'elle est composée non seulement des caractéristiques de l'individu, mais aussi, de son environnement immédiat, de ses systèmes d'appartenance (famille, ethnie, école, milieu de travail, ...) et de ses conditions sociales qui influencent l'exercice de ses rôles individuels et sociaux. La PSM insiste sur les relations complexes entre chacun de ces éléments vus comme des "microsystèmes" intégrés. Le morcellement et le cloisonnement des services destinés, notamment, aux jeunes en difficulté et à leur famille y avaient été identifiés comme une lacune. En dépit d'une identification détaillée des lacunes et des bonnes intentions traduites au sein des nouvelles politiques<sup>115</sup>, les changements recommandés ne sont toujours pas appliqués. Au travers des discours axés sur l'innovation et le décloisonnement des services, issus des réformes, les intervenants y voient aussi des occasions de rationaliser davantage les services et de remettre en question leurs pratiques professionnelles. Ce qui soulève naturellement des craintes chez les intervenants et une tendance à se protéger. En effet, avec les restructurations successives du système de santé et services sociaux, en cours au Québec, et la réduction importante des ressources, la tendance chez les intervenants, bien que le discours soit tout autre, est de renforcer leur cloisonnement et de développer des programmes qui demeurent à l'intérieur des frontières de chacun des milieux.

Outre ces changements, la structure des soins et services en santé mentale se caractérise par sa grande complexité. Elle donne lieu à une distribution de services qui relève de trois instances différentes: les établissements hospitaliers, les services sociaux—lors de cette étude, ils relevaient des CSS et de la DPJ—et les organismes communautaires. L'évaluation de l'interaction entre une mère atteinte d'un trouble mental grave et son enfant devrait se situer dans une zone intermédiaire entre les services de psychiatrie adulte, de psychiatrie de l'enfance, des services sociaux et, parfois, du système judiciaire. Cette situation est complexifiée par le fait que, le plus souvent, ces services ne se situent pas dans les mêmes établissements et sont cloisonnés. En conséquence, les intervenants sont soumis à des normes et à des règles différentes et, parfois, à des philosophies de pratique différentes. Étant donné la distance plus importante entre eux, les communications et la concertation sont plus difficiles. De plus, même lorsque les services se trouvent dans un seul établissement, la structure ou le mode de fonctionnement, notamment la division des tâches liées à la spécialisation, contribuent au cloisonnement des services.

Une des conséquences du cloisonnement des services se traduit par la difficulté des intervenants à s'ajuster et à répondre à l'ensemble des besoins des patientes et de leurs familles. Ces conséquences s'aggravent si les services auxquels l'on a recours relèvent de systèmes ou de paliers de système différents. Les difficultés à trouver du financement pour un médicament d'exception dans le cas de

---

<sup>114</sup> Pour plus de détails concernant la PSM, référer au chapitre 3 à la section intitulée *Politique de santé mentale*.

<sup>115</sup> Ces politiques et leur modifications sont présentées au chapitre 3.

Florence, comme les problèmes de concertation retrouvés dans le cas de Caroline entre les soignants de l'hôpital, du CLSC, de l'Unité mère-enfant et de la DPJ, rendent compte du morcellement qui touche tant les systèmes, les organismes que les personnes. D'où la non considération des liens entre les problèmes de ces personnes. Ce mode de fonctionnement, fondé sur la philosophie du modèle industriel et de spécialisation, efficace dans d'autres types d'organisations, ou même, dans d'autres secteurs de la santé, peut expliquer l'inefficacité de certaines interventions en santé mentale où il importe de considérer les problèmes à traiter dans leur ensemble. Considérant l'organisation actuelle du système de soins en santé mentale, les services, parfois trop cloisonnés, n'offrent que très peu d'espace pour traiter les diverses dimensions d'une personne.

Le fait d'avoir à composer avec des contraintes reliées à des organisations différentes s'ajoute aux autres difficultés inhérentes au travail avec les mères atteintes de troubles mentaux. Traiter la dimension du rôle maternel chez les mères atteintes de troubles mentaux graves augmente la complexité des interventions qui leur sont destinées notamment par les risques de conflit de rôles pour les soignants. À titre d'exemple, lorsqu'il est question de placement pour les enfants, les soignants ont parfois à composer avec le système judiciaire. Lorsqu'il est sollicité, le système judiciaire a prépondérance sur le système de santé et détermine les services à offrir, d'où une diminution de l'autonomie des soignants. Ces considérations ne sont pas sans influencer le cours des interventions en santé mentale offertes aux mères atteintes de troubles mentaux graves puisque cette portion de la clientèle psychiatrique est à risque plus élevé d'être confrontée au système judiciaire. Les soignants et intervenants, selon les mandats et normes de leur milieu de pratique, sont ainsi exposés à des facteurs hors de leur contrôle. Ils répondent, entre autres, à des mandats de protection que leur confèrent leurs établissements de pratique ainsi que le système professionnel dont ils font partie. Ces mandats de protection ont une prévalence sur les besoins thérapeutiques des mères atteintes de troubles mentaux et de leurs familles.

L'ensemble des problèmes associés au fait de travailler avec des organisations différentes de même que les mécanismes défensifs développés par les intervenants pour éviter, par exemple, trop de changements dans leurs conditions de travail ou pour éviter les conflits de rôles vont à l'encontre des facteurs d'efficacité des interventions s'adressant aux mères atteintes de troubles mentaux, tel qu'identifiés par plusieurs auteurs (Belville, Indyk, Shapiro, Dewart, Moss, Gordon et Lachapelle, 1991; Black, Nair, Kight, Wachtel, Roby, et Schuler, 1994; Cox, 1993; Brunette et Dean, 2002; Goodman, 1984; Massé, 1989; Sharlin et Shamai, 2000; Stanley et Penhale, 1999). Des programmes d'interventions préventives ou des programmes curatifs ou de réadaptation plus intensifs et accessibles pour rejoindre une clientèle qui a tendance à se tenir à l'écart du système d'intervention sont recommandés pour traiter plus efficacement les mères souffrant de troubles mentaux graves et leurs familles. L'élaboration de tels programmes, que ce soit dans les milieux hospitaliers ou dans les ressources intermédiaires ou communautaires, nécessiteraient des changements majeurs dans l'organisation du travail. Quelques auteurs ont fait des recommandations en ce sens. Mentionnons,

entre autres, la disponibilité d'un personnel stable et restreint pour assurer une relation thérapeutique stable et continue avec les mères et leurs enfants (Cazas, Dhôte, Bouttier, et Ginestet, 1990), l'établissement d'horaires flexibles au gré des besoins des mères et de leur famille (Lortie, 1996), la nécessité d'un travail de concertation entre les intervenants de divers milieux (Brunette et Dean, 2002; Nicholson et Beibel, 2002, Stanley et Penhale, 1999), l'abolition de liens hiérarchiques entre les divers intervenants (Massé, 1989) et entre les soignants, les mères et leurs familles (Ausloos, 2001; Cox, 1993), le non recours à des standards rigides de productivité (Belville, Indyk, Shapiro, Dewart, Moss, Gordon, et Lachapelle, 1991) et l'instauration d'interventions précoces, préventives et curatives, s'adressant non seulement aux mères atteintes de troubles mentaux mais aussi à leurs enfants – mêmes s'ils ne présentent pas de problèmes – et aux autres membres de leurs familles et de leur réseau social et ce, dès l'entrée de la famille en difficulté dans le système de soins (Apfel et Handel, 1993; Boily et lew, 1997; Cazas, Dhôte, Bouttier et Ginestet, 1990; Ciccheti, Rogosh et Toch, 2000; Harris, 2002; Lortie, 1996; Scarfone et Pépin, 1991; Seifer, 1996; Sharlin et Shamai, 2000 et St-André, 1996). En somme, l'établissement de telles conditions, en vue d'instaurer des interventions appropriées à l'ensemble des besoins des mères atteintes de troubles mentaux graves, de leurs enfants et de leurs familles nécessiterait une modification en profondeur de l'organisation québécoise des services en santé mentale, c'est à dire, de se dégager des modèles traditionnels de pratique psychiatrique ou communautaire.

Améliorer l'efficacité des interventions s'adressant aux mères souffrant de troubles mentaux et à leurs familles signifierait, ainsi, des changements dans les normes et dans la structure des services offerts. Rappelons qu'au Québec, les conditions d'admission aux services, qu'ils se situent dans le réseau institutionnel ou communautaire, demeurent restreints et rigides et augmentent la difficulté d'accéder à ces services<sup>116</sup>. Ces contraintes se trouvent renforcées par les compressions budgétaires et le manque de places disponibles dans les ressources. Ainsi, si ces mères en arrivent à ressentir suffisamment de confiance pour demander de l'aide, la plupart d'entre elles risquent de ne pouvoir s'intégrer aux services dont elles auraient besoin. De plus, comme il a déjà été mentionné, dans la structure actuelle, les milieux combinant des services aux mères souffrant de troubles mentaux, à leurs enfants et à leurs familles sont à peu près inexistantes. Le système de soins en santé mentale, en vertu de sa structure, est conçu pour répondre, en premier lieu, aux problèmes spécifiques d'un individu, séparé de son milieu de vie, c'est-à-dire pris dans les éléments qui le caractérisent en propre à l'exclusion des éléments de son entourage qui peuvent aussi être reliés, parfois directement, aux problèmes pour lesquels il se présente aux soignants.

En conclusion, de nombreux facteurs reliés au système de soins contribuent à la difficulté d'innover au plan des interventions dont, les normes et mandats souvent rigides d'un système de soins lourd et immuable, les pressions liées à la spécialisation, à l'économie qui valorisent des standards élevés de

---

<sup>116</sup> Le chapitre 3 portant le contexte organisationnel des soins et services évoque ce problème à plusieurs reprises.

performance et de rendement, les stratégies défensives des intervenants aux prises avec les paradoxes créés par leurs propres besoins et ceux du système et le cloisonnement des différents services qu'ils soient en milieu institutionnel ou dans la communauté. Les problèmes de l'intervention auprès des mères atteintes de troubles mentaux graves et auprès de leurs familles peuvent être amplifiés par ces dimensions relevant exclusivement du système d'intervention et, souvent, hors du contrôle des soignants. Outre la diminution de leur autonomie professionnelle, qui pourrait leur permettre de se centrer sur les besoins des mères atteintes de troubles mentaux et de leurs familles, ces facteurs relevant du supra-système organisationnel—composé, pour les cas de cette étude, de l'appareil gouvernemental, de établissements de santé et des services sociaux, des organismes communautaires et du système judiciaire—contribuent à complexifier les mécanismes de communication et de concertation interprofessionnelles et de coordination des interventions, augmentant, du coup, les risques de conflit de rôles pour les soignants ainsi que les risques de cloisonnement interprofessionnel et des services. Cela éloigne davantage les soignants des besoins réels des mères atteintes de troubles mentaux, de leurs enfants et des autres membres de leur famille et réduit du même coup l'efficacité des interventions qui leur sont prodiguées. Cette analyse portant sur les dimensions du supra-système organisationnel régissant la santé et les services sociaux conduit aux propositions suivantes. Les relations entre ces propositions sont illustrés à la figure 33.

- (H48) *Le fait de devoir répondre aux normes, mandats et obligations relatifs à la structure et au fonctionnement du supra-système de soins et services—appareil gouvernemental, établissements de santé et des services sociaux, organismes communautaires et système judiciaire—i) contribue à la complexification des mécanismes de communication et de concertation interprofessionnelles et inter-établissements et des mécanismes de coordination des interventions et ii) augmente, en conséquence, les risques de conflit de rôles intra et inter-personnels pour les soignants, le cloisonnement interprofessionnel et le cloisonnement des services.*
- (H48a) *Cette situation conduit à la réduction de la primauté des besoins des mères atteintes de troubles mentaux, de leurs enfants et des autres membres de leurs familles au profit des besoins du supra-système de soins et services auxquels les soignants et intervenants doivent répondre.*

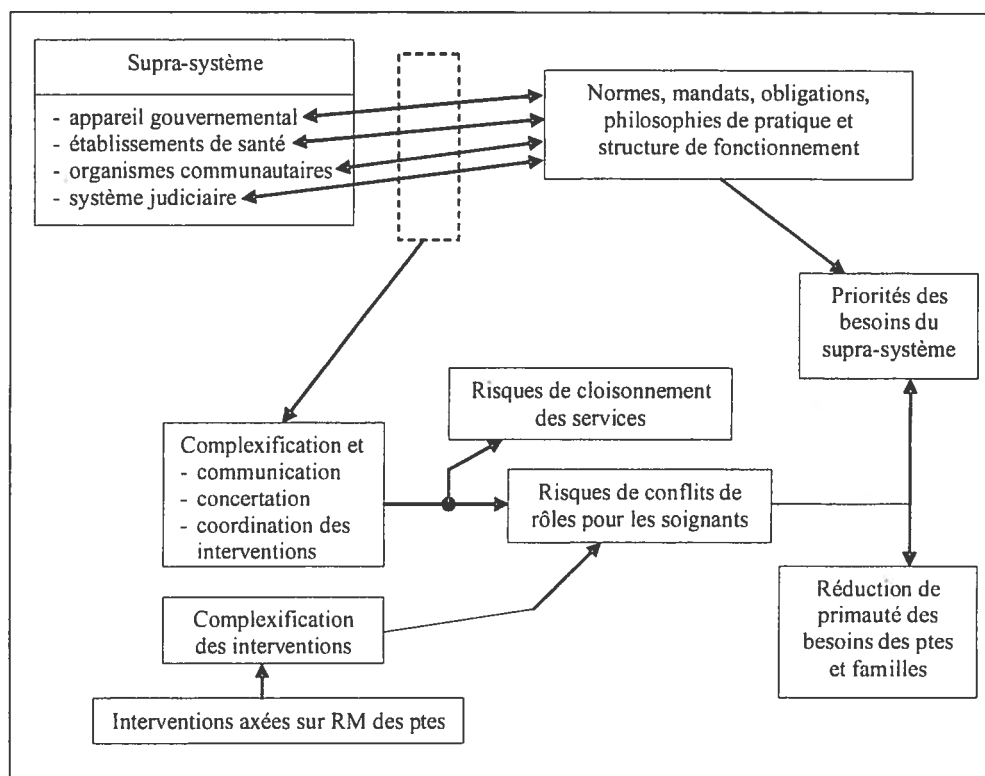


Figure 33: Dynamique organisationnelle relevant du supra-système et son impact sur l'orientation des services s'adressant aux mères atteintes de troubles mentaux et à leurs familles.

## CONCLUSION

Une série d'explications relatives aux difficultés d'interventions en santé mentale auprès de mères souffrant de troubles mentaux ont été énoncées tout au long des chapitres précédents. Certaines d'entre elles pourraient aussi être valables pour l'ensemble de la clientèle psychiatrique, indépendamment du fait qu'elle occupe ou non un rôle parental. En effet, les services offerts aux trois mères présentées dans cette étude sont assez représentatifs des services psychiatriques offerts généralement sur l'Île de Montréal. Les données de cette étude permettent de constater que les services qui leur sont disponibles ne comportent à peu près pas de particularités différentes des services offerts à l'ensemble de la clientèle psychiatrique adulte. Les interventions thérapeutiques qui leur ont été dispensées étaient davantage centrées sur la crise et sur la réduction de leur symptomatologie. Puis une fois leur état amélioré, l'on s'efforçait de le maintenir stable, sans nécessairement viser un meilleur fonctionnement à long terme ou une plus grande autonomie. Lorsque les soignants se sont occupés du rôle maternel des patientes, leurs interventions étaient le plus souvent déterminées par des besoins de protection pour les enfants et visaient rarement l'amélioration durable de la relation mère-enfants

ou des capacités maternelles des patientes. En somme, très peu de services spécifiques au rôle maternel ne sont disponibles à moins qu'ils ne soient instaurés sous l'initiative isolée de soignants. Pourtant, le rôle de mère confère aux patientes un statut particulier dans la famille et des responsabilités importantes supplémentaires. Ces responsabilités s'accompagnent d'une charge affective particulière inhérente au lien mère-enfant.

Cette étude vise une meilleure compréhension du problème de la prise en charge du rôle maternel dans les plans d'intervention en santé mentale pour des mères atteintes de troubles mentaux graves. Suivant une perspective systémique, elle examine les problèmes relevant de sous-systèmes inter-reliés soit, les mères atteintes de troubles mentaux, leur environnement familial et le système d'intervention (soignants et contexte organisationnel de pratique). Prenant en compte les transformations en cours sur les plans politique et organisationnel, cette étude vise, ultimement, l'identification de pistes de solutions adaptées au contexte québécois. La démarche utilisée pour cette recherche comporte, tout d'abord, l'identification et la description des variables-cliniques ou organisationnelles issues des données, qui ont influencé l'intervention globale en santé mentale auprès de trois mères souffrant de troubles mentaux graves, puis, l'explication de la dynamique entre ces variables menant à l'élaboration d'un modèle conceptuel.

En dépit de la présence imposante d'écrits sur ce sujet, il demeure difficile d'aménager les conditions nécessaires à une intervention efficace auprès de la clientèle de mères souffrant de troubles mentaux graves. Les études sur les approches et les modalités d'intervention auprès de cette population, bien qu'intéressantes au plan des résultats, ne rendent pas compte des multiples exigences difficiles à remplir dans le contexte actuel. En fait, très peu d'études n'ont examiné les composantes du problème dans leur ensemble, en tenant compte des interactions entre ces composantes.

Le problème de la prise en compte du rôle maternel dans les interventions prodiguées aux mères souffrant de troubles mentaux comporte plusieurs dimensions relevant de chacun des sous-systèmes observés. En ce qui concerne les mères, cette étude a permis de découvrir qu'il existe un rapport de circularité entre le trouble mental des mères et leur capacité à exercer leur rôle maternel. Le rôle maternel a une influence sur l'évolution du trouble mental : soit qu'il contribue à le développer s'il est latent, à l'aggraver ou même à l'améliorer selon la capacité de la mère à exercer son rôle et les sentiments vécus à cet égard. D'un autre côté, le trouble mental, selon sa gravité et son évolution, a aussi un impact majeur sur les capacités des mères à exercer leur rôle maternel : le plus souvent, celui de les réduire et, dans des conditions favorables, celui de les améliorer au point où les mères peuvent réintégrer leur rôle maternel. Les conditions, trouvées dans cette étude, associées au sous-système des patientes, qui ont favorisé la reprise par les mères de leur rôle maternel sont l'amélioration durable de la pathologie et du fonctionnement des mères, le maintien d'une proximité mère-enfants comportant un niveau d'exigences modulées à l'état des mères et l'acquisition chez ces dernières d'un sentiment de compétence maternelle.

Cette relation entre le rôle maternel et le trouble mental est influencée par d'autres variables associées aux mères dont leur concept de soi et leur sentiment de compétence en tant que mère, leurs attentes de rôle maternel, leurs perceptions des attentes de rôle de leur entourage, le conflit de rôle maternel qui émerge de la discordance entre les attentes des mères et celles de leur entourage et la distance prise à l'égard du rôle maternel. Si les mères éprouvent des problèmes à exercer leur rôle maternel, il s'ensuit des sentiments dysphoriques qui les amèneront à se distancer de ce rôle; et du coup de leurs enfants. Dès qu'elles se sentent mieux, elles auront tendance à s'en rapprocher. Car, en dépit de la maladie, le rôle maternel est très important pour les mères atteintes de troubles mentaux. Ces mouvements relationnels d'éloignement / rapprochement mère-enfants évoluent au gré des états de pathologie et de fonctionnement des patientes et auront des impacts sur les relations mère-enfants-familles. Et selon la distance établie par les mères à l'égard de leur rôle maternel et les sentiments qu'elles vivent à cet égard, il peut être difficile pour plusieurs d'entre elles d'accepter qu'il soit pris en compte dans leur traitement.

D'autres dimensions de la problématique de cette étude s'appliquent à l'environnement familial ou plus précisément à la dynamique relationnelle entre les mères et leur environnement familial. La capacité des mères atteintes de troubles mentaux à exercer leur rôle maternel influence l'aménagement des rôles intra-et interpersonnels pour tous les membres de la famille, la distribution de leurs responsabilités de même que les rapports entre eux. Si, en plus, la pathologie des mères s'en trouve aggravée, il s'ensuit une déstabilisation du milieu familial, immédiat et élargi, laquelle a aussi une incidence sur la distance entre les mères et leurs familles. Cela passe par l'élaboration ou l'aggravation de conflits conjugaux ou familiaux avant qu'une distance plus ou moins permanente s'installe éventuellement entre elles. Les données ont, en outre, mis en évidence l'effet de précipitation que peuvent avoir les conflits conjugaux ou familiaux sur le trouble mental des mères. Certains facteurs de résilience peuvent réduire l'impact négatif du trouble mental des mères sur elles-mêmes et leurs familles dont l'amélioration et la stabilisation du trouble mental, la possibilité de contrôler l'intensité des conflits conjugaux et familiaux et la possibilité d'investissement thérapeutique de la part de tous les acteurs.

Cette étude a aussi fait ressortir des forces au sein des familles élargies qui représentent des éléments de stabilité, d'investissement et de soutien continus pour les mères atteintes de troubles mentaux selon l'état de besoin de ces dernières. Ces éléments de force, qui contribuent à une certaine protection pour les mères, leurs enfants et leur réseau familial, sont fonction de la nature du lien familial et du niveau de ressources—personnelles, matérielles et disponibilité—et d'intégration de ces familles. Cela n'empêche pas le développement de conflits familiaux mais, même dans ces conditions, les familles élargies semblent être capable ou tentent, dans la mesure de leurs possibilités, de maintenir leurs aide et soutien à l'égard des mères et leurs enfants. Ces éléments de force au sein des familles élargies peuvent avoir une contrepartie, soit la tendance à trop se substituer au rôle maternel des mères et à fournir une aide non adaptée aux capacités variables des mères, ce qui peut retarder la reprise du rôle



maternel ou contribuer au maintien des incapacités des mères.

Le système d'intervention peut, de son côté, contribuer à la difficulté des mères atteintes de troubles mentaux graves à s'impliquer dans une démarche visant l'amélioration de leur santé mentale et de leur capacité à exercer leur rôle maternel. L'organisation des services de santé, fondée de façon générale sur le modèle de spécialisation, donne lieu à des approches centrées sur des problèmes spécifiques et, donc, à une vision compartimentée des problèmes de la personne. Cette étude a mis en évidence le fait que les interventions psychiatriques, pratiquées en milieu hospitalier, étaient majoritairement et, parfois, uniquement centrées sur les problèmes mentaux des patientes. Dans leurs interventions, les soignants n'ont pas ou ont peu tenu compte des rôles maternel et familiaux de leurs patientes. Si les enfants étaient pris en compte, les interventions les concernant étaient, le plus souvent, isolées du traitement de leur mère et ne tenaient pas compte de la relation mère-enfants. En conséquence, les interventions portant sur la santé mentale des patientes furent rarement axées sur la prévention des effets de la pathologie maternelle sur le développement des enfants et sur le fonctionnement familial ainsi que sur la prévention des effets relevant de l'incapacité des patientes à tenir leur rôle maternel et des réactions subséquentes des membres de la famille, sur l'état des patientes. En outre, cette situation peut restreindre la possibilité pour les mères atteintes de troubles mentaux de réintégrer leur rôle maternel, une fois leur état amélioré et stabilisé. En d'autres termes, les soignants ont peu tendance à prendre en compte le rapport circulaire qui caractérise la relation entre la pathologie des mères et les réactions des membres de leurs familles dont celles de leurs enfants. Lorsque les interventions sont dirigées vers les familles, elles visent davantage la prévention du danger pour les enfants ou la prise en charge des patientes par leurs familles que l'amélioration des interactions mère-enfants-familles et des capacités des mères à assumer leurs rôles maternel ou familiaux. Une telle approche comporte le risque de placer ces familles en situation de conflit de rôles ou de conflits interpersonnels. Et, une telle approche centrée sur un problème spécifique, fait en sorte que les patientes sont, le plus souvent, traitées comme des êtres indépendants de leur famille et néglige, du même coup, les liens qui unissent les mères, leurs enfants et les autres membres de leur famille ainsi que les risques de transmission et d'exacerbation des troubles mentaux.

La structure du système d'intervention, qui détermine la structure des rôles professionnels et le niveau d'intégration des tâches reliées au travail constitue aussi une dimension importante de la problématique étudiée. Entre autres, elle influence voire détermine les modes de communications et de concertation entre les agents d'intervention ainsi que la coordination de leurs interventions. Le réseau de soins et de services en santé mentale, incluant les services sociaux, est fortement morcelé et cloisonné ; chaque établissement ou organisme ayant ses propres règles, philosophies et pratiques quant aux modes de communication et de concertation. Cette étude a montré la relation associative entre le cloisonnement interprofessionnel et inter-établissements et les impacts défavorables sur les communications et la concertation entre les intervenants ainsi que sur la coordination des interventions et sur l'intégration des services offerts aux mères atteintes de troubles mentaux et à leurs familles. D'autres facteurs relatifs aux agents eux-mêmes ont aussi une influence sur ces variables

dont la nature de leur formation et de leur socialisation, le degré de convergence de leurs opinions, le niveau de pouvoir ou de directivité auxquels ils ont recours dans leurs interventions et la nature de leur investissement auprès des mères et de leurs familles lequel était influencé par le niveau de complexité de l'état des mères. L'ensemble des besoins des mères atteintes de troubles mentaux nécessitent le recours à des intervenants oeuvrant dans divers milieux de pratique. Les problèmes de concertation et de coordination se situent non seulement au niveau organisationnel mais aussi au niveau des personnes qui y travaillent. Or, les difficultés présentées par les mères atteintes de troubles mentaux et leurs familles suscitent souvent chez les soignants des divergences ou désaccords sur l'orientation à adopter avec elles, notamment sur la poursuite de l'exercice de leur rôle maternel. La présente étude proposait que les soignants, s'ils étaient exposés à des conflits de rôles ou à des divergences interprofessionnelles pouvaient être amenés à éviter ces sources de conflits en limitant leurs contacts interprofessionnels, se retrouvant ainsi dans un cloisonnement plus hermétique. En somme, les problèmes de communication, de concertation et de coordination sont systémiques, relevant de multiples variables inter-reliées et s'influencent mutuellement, ce qui en augmente grandement la complexité.

Les perceptions et autres caractéristiques relevant du système cognitif et émotif des soignants ont aussi eu un impact important sur l'orientation de leurs interventions auprès des mères atteintes de troubles mentaux. Les données relatives aux soignants, obtenues dans cette étude, ont fait ressortir des différences dans leurs perceptions à l'égard des patientes—notamment de leur potentiel d'amélioration et du degré de risque que comportait leur état—, dans leur investissement auprès des patientes et de leurs familles et dans le degré de directivité utilisée dans leurs interventions auprès d'elles. L'analyse des données propose aussi que les perceptions des soignants sont influencées par un ensemble de facteurs touchant les trois systèmes étudiés : les facteurs relatifs aux mères atteintes de troubles mentaux sont leur potentiel, leur motivation, leur niveau d'investissement et le niveau de conformité aux interventions proposées ; les facteurs relatifs aux soignants sont leurs perceptions à l'égard des mères, leur niveau de préoccupation à l'égard des enfants, leurs perceptions de leur rôle professionnel, leur pouvoir d'influence ; et les facteurs relatifs au système d'intervention ainsi qu'à l'environnement familial sont les perspectives de solutions viables, les normes de l'organisation et le cadre légal.

Une autre conclusion de cette étude concernant ce rapport entre les perceptions et les interventions des soignants est le phénomène de cristallisation des perceptions des soignants et la fixité de leurs attitudes—dont un niveau limité d'investissement ou le recours à de la directivité—et des interventions qui en découlent. Les données ont montré que leurs perceptions d'un pauvre potentiel d'amélioration ou d'un risque élevé relié à un état sévère de pathologie, lorsque ces perceptions étaient confirmées par une série d'événements concordants—mais pas nécessairement objectivées au moyen d'évaluations spécifiques—, étaient difficilement modifiables et se cristallisaient, en dépit d'améliorations des patientes. En conséquence, les interventions auprès des patientes n'étaient pas remises en question et

se rendaient rarement au delà de la résolution de crises ou de la stabilisation de l'état des patientes. Ce phénomène de cristallisation des perceptions des soignants est un facteur qui peut restreindre l'évolution des mères atteintes de troubles mentaux vers la réintégration de leur rôle maternel. En outre, cela augmente ou perpétue les risques de contre-attitudes de la part des soignants à l'égard des mères et de leurs familles.

La présente étude n'a porté que sur trois cas et ses résultats ne sont pas généralisables. Toutefois, les hypothèses produites se rapprochent pour plusieurs d'entre elles à d'autres retrouvées dans la littérature. Les autres propositions suggèrent des explications plausibles quant à la problématique des interventions s'adressant aux mères souffrant de troubles mentaux relevant du système de santé québécois. Ces résultats revêtent une certaine importance sur le plan clinique en raison des remises en question qu'ils suscitent et des pistes de solutions proposées, toujours en relation avec celles proposées dans la littérature. La prise en compte de ces conclusions pourrait permettre d'accroître l'efficacité et la cohérence des interventions déjà existantes pratiquées auprès des mères atteintes de troubles mentaux et d'élaborer de nouvelles interventions répondant à l'ensemble des besoins de cette population, incluant ceux de leurs familles. Il convient de préciser, par ailleurs, que des programmes prometteurs s'adressant aux mères atteintes de troubles mentaux se sont développés au cours des dernières années mais ils demeurent insuffisants. Cette étude pourrait avoir un impact d'autant plus grand qu'elle a été réalisée dans une période de restructuration du système de soins en santé mentale qui aurait pu mener à une réorganisation des rôles des différents intervenants. Pourtant ce discours n'est pas nouveau et, malgré les nombreuses recommandations en ce sens, peu de réalisations concrètes en ce sens ont pu être mises en place. De telles initiatives et réalisations requièrent un niveau élevé de mobilisation chez les soignants, qui sans être impossible—puisque que certains intervenants y sont arrivés—, est difficile à engendrer en raison des contraintes organisationnelles décrites ci-haut. Il convient de se demander si l'étude des facteurs personnels des soignants ne seraient pas une voie plus accessible qui pourrait mener à des remises en question de leurs perceptions et attitudes à l'égard de cette clientèle et à l'élaboration et à la mise en place d'interventions plus efficaces. Dans un contexte organisationnel, pratiquement immuable, caractérisé par des contraintes importantes dont un des effets est de limiter les initiatives, quels seraient les facteurs qui, pourraient encourager les soignants à imaginer, créer ou innover, même à petite échelle, des modes d'intervention plus appropriés aux besoins de cette clientèle ? La question est de voir comment ces facteurs personnels pourraient être renforcés par rapport aux variables organisationnelles. Ces questions pourraient faire l'objet de futures études.

En terminant, le problème de l'intervention thérapeutique auprès des mères atteintes de troubles mentaux relève notamment du fait que leur rôle maternel n'est ou est peu pris en charge par le système d'intervention en santé mentale. Il ressort de cette thèse que cette problématique est large et complexe en raison du fait qu'elle est multidimensionnelle et que ces dimensions ne sont pas toutes à la portée des moyens d'action des agents d'intervention, en tant qu'individus. En conséquence, lorsqu'il s'agit

de visualiser la portée possible de cette étude, il est important de tenir compte du contexte actuel, où le système de santé et des services sociaux est de nouveau en phase active de réorganisation, dans laquelle plusieurs intervenants ont le sentiment d'avoir peu de pouvoir sur les changements à venir. D'autres verront, dans ce contexte de mouvance, des opportunités de création et d'innovation. Selon cette dernière perspective, il pourrait découler de ces résultats certaines actions, déjà suggérées par plusieurs auteurs, mais qui devraient tenir compte du contexte de pratique québécois. Les actions proposées sont les suivantes :

- La mise en place d'interventions de type systémique pour les mères atteintes de troubles mentaux, adaptées à la gravité de leurs troubles mentaux et tenant compte de leur contexte de vie; les mères en expriment elles-mêmes le besoin et les situations analysées, dans la mesure où elles reflètent une réalité assez générale, semblent le justifier.
- Ces interventions devraient se pratiquer avec le concours d'équipes de soignants bien coordonnées et concertées—ce qui n'excluerait pas les intervenants de milieux de pratique différents—et qui ont un intérêt pour cette clientèle et son contexte de vie. Afin de contrer le plus possible les problèmes de communication et de concertation interprofessionnelles et de coordination des interventions, des mécanismes périodiques de discussions et de formations inter-disciplinaires devraient être mis en place.
- Pour que cela puisse se réaliser, dans le contexte actuel d'une importante réorganisation du système de soins en santé mentale, il est probable qu'il faille démarrer des programmes d'interventions, souples, à plus petite échelle, pour les expérimenter et, par la suite, en démontrer l'efficacité. Cela pourrait contribuer à susciter l'intérêt des soignants pour de telles interventions.
- De tels programmes d'intervention devraient produire, pour les mères atteintes de troubles mentaux, une amélioration de leurs compétences maternelles, une augmentation ou le développement de leur sentiment de compétence maternelle et du mieux-être dans l'exercice de leur rôle maternel. Pour le système de soins, ils devraient produire des processus thérapeutiques qui augmentent l'efficacité des interventions. Ces processus et interventions seraient à évaluer par des programmes de recherche appropriés.

Liste des propositions finales

## **Rôle maternel et trouble mental**

- (H1) *Lorsqu'une femme présente une fragilité ou un problème de santé mentale, le rôle maternel qui comporte l'ajout de responsabilités et d'exigences élevées, contribue au développement ou à l'aggravation d'un trouble mental plus sévère, si la mère se sent incapable d'assumer son rôle maternel.*
- (H2) *Les troubles mentaux des mères et leur incapacité à assumer leur rôle maternel sont associés dans un rapport de circularité.*
- (H3) *La perception des patientes de leur incapacité à exercer leur rôle maternel, leurs attentes de rôle maternel et leur perception des attentes de leur entourage sont associées à leur concept de soi en tant que mère. Cette relation—si elle est négative—contribue à l'élaboration d'un conflit de rôle maternel.*
- (H4) *Le conflit de rôle maternel accroît la sévérité du trouble mental et son impact négatif sur les capacités des mères à exercer leur rôle maternel, contribuant ainsi à la persistance du trouble mental.*
- (H5) *L'exercice du rôle maternel, selon la capacité des mères atteintes de troubles mentaux de répondre aux exigences de ce rôle, contribue à des réaménagements dans la configuration de leurs rôles -intra et inter-personnels. Ces réaménagements, s'ajoutant aux déséquilibres déjà en place, les exposent à des conflits de rôles -intra- et interpersonnels.*
- (H6) *Le conflit de rôle maternel, selon son intensité, a un impact sur la distance des mères atteintes de troubles mentaux à l'égard de ce rôle.*
- (H7) *La distance établie par les mères atteintes de troubles mentaux à l'égard de leur rôle maternel, selon le niveau de proximité avec leurs enfants et les perceptions et sentiments qui en découlent, influence leur état de pathologie et de fonctionnement.*
- (H8) *La distance établie par les mères atteintes de troubles mentaux à l'égard de leur rôle maternel influence leur distance vis-à-vis leur famille, lesquelles distances influencent à leur tour leur état de pathologie et de fonctionnement.*

- (H9) *L'amélioration durable de la pathologie et du fonctionnement des mères atteintes de troubles mentaux, le maintien de leur présence auprès de leurs enfants sans qu'elles aient à répondre à toutes les exigences du rôle maternel sont des conditions favorisant la réintégration de leur rôle maternel.*
- (H10) *La reprise du rôle maternel, si ce rôle lorsque ré-assumé induit le sentiment d'un certain niveau de compétence maternelle, contribue à son tour à l'amélioration du trouble mental.*
- (H11) *La difficulté chez les mères atteintes de troubles mentaux à reconnaître la relation entre leur rôle maternel et leur trouble mental est attribuable, en grande partie, à la nature du trouble mental, aux mécanismes de défenses qui y sont inhérents ainsi qu'à l'état de leur perception d'elles-mêmes en tant que mère.*

### **Distance entre les patientes et leurs familles: processus et impacts**

#### **Famille immédiate**

- (H12) *La distance établie par les mères atteintes de troubles mentaux vis-à-vis leur rôle maternel et leurs réactions dysfonctionnelles à cet égard, en raison principalement de leur incapacité à exercer ce rôle et des réaménagements de rôles interpersonnels qui en découlent, contribuent à induire ou à amplifier un conflit conjugal entre les mères et leur conjoint lequel conflit, s'il persiste, conduit à un éloignement plus ou moins définitif entre eux.*
- (H13) *La sensibilité des mères atteintes de troubles mentaux de même que leurs réactions - positives ou négatives - à la distance établie entre elles et les membres de leur famille immédiate varient selon la direction du mouvement relationnel (éloignement ou rapprochement), le sens qu'elles attribuent à cette distance, le statut de la personne qui initie ce mouvement (mère, conjoint, enfant), l'état de leur pathologie ou de fonctionnement, l'ampleur des conflits avec les membres de la famille (conjoint, enfants, famille élargie) et la possibilité pour les mères de maintenir un certain rapprochement avec leurs enfants.*
- (H14) *L'éloignement entre les mères atteintes de troubles mentaux et leur famille immédiate, s'il est vécu négativement par les mères, contribue à l'aggravation et à la perpétuation de leur trouble mental.*
- (H15) *Le conflit de rôle maternel et le conflit conjugal sont interreliés et s'influencent*

*mutuellement.*

- (H16) *Des facteurs tels l'amélioration et la stabilisation du trouble mental, la possibilité de contrôler l'intensité des conflits conjugaux et familiaux et la possibilité d'investissement thérapeutique—tant envers que de la part des mères atteintes de troubles mentaux et de leurs familles—peuvent réduire l'impact négatif du trouble mental des mères sur elles-mêmes et sur leur famille.*

### **Famille élargie**

- (H17) *La famille élargie représente un élément potentiel de stabilité et d'investissement et un réseau de soutien d'importance pour les mères atteintes de troubles mentaux et leurs enfants selon la nature de leurs liens familiaux et les responsabilités maternelles et familiales à assumer.*
- (H18) *L'état de besoin des mères atteintes de troubles mentaux détermine leur recours au soutien familial.*
- (H19) *Les moyens de substitution au rôle maternel, mis en place pour soutenir les mères atteintes de troubles mentaux, s'ils sont trop prolongés ou s'ils maintiennent trop à distance les responsabilités maternelles ou familiales, peuvent devenir un facteur restrictif à la reprise de ce rôle et contribuer au maintien de l'incapacité à l'assumer.*
- (H20) *Les perceptions des mères atteintes de troubles mentaux à l'égard des membre de leur famille élargie, qu'elles soient fondées ou erronées, ont un impact sur la qualité de leurs relations avec eux. Cette relation influence à son tour l'état de pathologie et de fonctionnement des mères.*
- (H21) *La modification de la configuration des rôles entre les mères atteintes de troubles mentaux et les membres de leur famille, induite par la substitution des membres de la famille aux responsabilités des mères, influence le niveau de stabilité ainsi que l'état de conflit dans la famille.*
- (H22) *Le niveau de stabilité ainsi que l'état de conflit dans la famille influencent, à leur tour, l'état de pathologie et de fonctionnement des mères et leur intégration dans leur famille.*
- (H23) *Le niveau d'intégration et de ressources des familles des patientes atteintes de troubles*



*mentaux influence l'intensité et la résolution des conflits familiaux et le niveau d'intégration des mères dans leur famille.*

- (H24) *L'état de besoin des mères atteintes de troubles mentaux, le niveau d'intégration ainsi que le niveau de ressources de l'environnement familial déterminent le niveau de mobilisation des membres de la famille à l'égard des mères atteintes de troubles mentaux.*

## **Variables associées aux soignants et aux intervenants**

### **Perceptions et investissement des soignants**

- (H25) *La perception chez les soignants du potentiel d'amélioration des mères atteintes de troubles mentaux influence la nature et le niveau de leur investissement dans leurs interventions auprès d'elles.*
- (H26) *La perception des soignants de l'efficacité de leurs interventions relève d'un ensemble de facteurs appartenant à des systèmes différents. Elle relève de facteurs relatifs aux mères atteintes de troubles mentaux—potentiel, motivation, niveau d'investissement et niveau de conformité aux interventions proposées—, de facteurs relatifs aux soignants—perceptions à l'égard des mères, pouvoir d'influence et de facteurs relatifs au contexte organisationnel—perspectives de solutions viables.*
- (H26a) *La perception des soignants de l'efficacité de leurs interventions influence la nature et le niveau de leur investissement dans leurs interventions auprès d'elles.*
- (H27) *Les perceptions des soignants quant au degré et à l'imminence des risques relatifs à l'état des mères atteintes de troubles mentaux et des conséquences qui peuvent en découler, tant sur les mères elles-mêmes que sur leurs enfants, sont des facteurs majeurs qui influencent leur décision d'intervenir ou non sur ces facteurs de risque ainsi que la nature et le niveau de leur investissement.*
- (H28) *Les perceptions des soignants à l'égard des mères atteintes de troubles mentaux—potentiel d'amélioration, risque (degré, imminence, conséquences) associé à leur état de pathologie —ont une influence déterminante sur la nature et le niveau de leur investissement et sur l'orientation de leurs interventions.*
- (H29) *Le niveau de préoccupation des soignants à l'égard des enfants des mères atteintes de troubles mentaux influence leur perception de rôle professionnel.*

- (H30) *La perception de rôle professionnel des soignants ne relève pas uniquement de normes administratives ou législatives ou de leur formation.*
- (H31) *La perception des soignants quant aux limites de leur rôle professionnel, perception pouvant varier d'un soignant à l'autre en dépit du fait qu'ils pratiquent dans un même milieu et selon les mêmes normes, influence la nature et le niveau de leur investissement et les orientations de leurs interventions envers les mères atteintes de troubles mentaux.*

### **Directivité chez les soignants**

- (H32) *Le recours à la directivité par les soignants à l'égard des mères atteintes de troubles mentaux varie directement avec leurs perceptions i) d'un faible potentiel d'amélioration des mères, ii) d'un risque élevé, pour elles-mêmes et leurs enfants, lié à leur état de pathologie et de fonctionnement et iii) de leurs réactions non conformistes aux interventions proposées; cette relation passe par le développement chez les soignants d'une perception défavorable des patientes.*
- (H33) *La directivité dans les interventions auprès des mères atteintes de troubles mentaux est associée à un niveau élevé de mobilisation et d'investissement chez les soignants et à un niveau d'efficacité des interventions répondant à leurs attentes.*
- (H34) *Le recours à la directivité par les soignants à l'égard des mères atteintes de troubles mentaux est déterminé par les conditions d'efficience et d'efficacité des interventions.*
- (H35) *Le recours à la directivité dans les interventions auprès des mères atteintes de troubles mentaux est associé à l'état et à la force de la relation et de l'alliance thérapeutiques et, par là, au niveau d'efficacité des interventions.*
- (H36) *La non objectivation des perceptions des soignants quant aux risques entourant les mères atteintes de troubles mentaux et leurs enfants ainsi que la persistance de leurs perceptions défavorables à l'égard des mères conduisent à la cristallisation de ces perceptions, au maintien des attitudes qui en découlent, soit le contrôle et la directivité envers les mères et leur famille et à la fixité d'interventions de nature protectrice au détriment d'interventions axées vers l'autonomie et la reprise du rôle maternel.*
- (H37) *Le niveau d'écoute des soignants à l'égard des problèmes et besoins exprimés par les mères atteintes de troubles mentaux influence le niveau de confiance ressentie par les*

mères envers les soignants et l'expression de leurs problèmes associées à leur rôle maternel.

### **Directivité et rapports interprofessionnels**

- (H38) *Le recours par les soignants à de la directivité ou à leur pouvoir d'influence dans leurs relations interprofessionnelles varie selon leur perception de leur capacité à contrôler les situations et les conséquences qu'ils en attendent.*
- (H39) *La directivité dans les rapports interprofessionnels est associée à la coordination des interventions et, par là, à leur efficacité.*

### **Communication et concertation inter-professionnelles et coordination des interventions**

- (H40) *La relation entre la communication interprofessionnelle, la concertation interprofessionnelle et la coordination des interventions est conditionnée par ces variables: les modes de communication interprofessionnelle, le niveau d'investissement des soignants, le degré de convergence entre les soignants, le niveau de directivité ou de pouvoir exercés par les soignants principaux envers les autres soignants et l'organisation des soins et services des milieux de pratique.*

Selon le jeu d'interactions entre ces variables, les propositions suivantes ont aussi été retenues:

- (H41) *La communication et la concertation interprofessionnelles ainsi que par le niveau de directivité ou de pouvoir exercés par les soignants dans leurs interventions influencent la coordination des interventions.*
- (H42) *En l'absence de mécanismes efficaces de communication et de concertation interprofessionnelles, le niveau de directivité et de pouvoir exercé par les soignants principaux envers les autres soignants est une condition suffisante à la coordination des interventions.*
- (H43) *En l'absence de mécanismes efficaces de communication et de concertation interprofessionnelles, le niveau de directivité et de pouvoir exercé par les soignants principaux envers les autres soignants est une condition suffisante à la coordination des interventions.*

## VERS UNE INTERVENTION PLUS EFFICACE

### **Interventions en santé mentale et rôle maternel: Prise en compte du rôle maternel dans les interventions**

- (H44) *La prise en compte par les soignants du rôle maternel des mères atteintes de troubles mentaux dans leurs plans d'intervention est influencée par leurs perceptions du potentiel d'amélioration des mères et des risques reliés à leur état de pathologie et de fonctionnement, leurs perceptions de leurs rôles professionnels, la perspective de l'efficacité de leurs interventions de même que la perspective de conflits de rôles liées à la prise en compte du rôle maternel dans leurs interventions.*

### **Interventions auprès des membres de la famille: Rôle utilitaire et conflit de rôles pour les familles**

- (H45) *Le rôle utilitaire des familles, plus que leurs besoins ou difficultés vécues à l'égard de l'état de pathologie et de fonctionnement des mères atteintes de troubles mentaux, détermine les interventions des soignants à leur égard.*
- (H46) *Les attentes de rôle de ressource à l'égard de la famille peuvent contribuer à l'émergence de conflits de rôles chez les membres de la famille et à leur éloignement du système d'intervention.*

### **Interventions auprès des enfants**

- (H47) *La structure du système de soins en santé mentale caractérisée par la spécialisation et la compartimentation des services, les considérations légales liées à l'intervention en santé mentale, les perceptions des soignants à l'égard des mères atteintes de troubles mentaux et à l'égard de leurs rôles professionnels, leur niveau de préoccupation à l'égard des enfants, et les risques pour les soignants de conflit de rôles associés au niveau de complexité des interventions élargies déterminent l'orientation des*

*interventions pour les mères atteintes de troubles mentaux et leurs enfants.*

- (H47a) *Ces variables contribuent à limiter les interventions aux troubles mentaux des mères sans prendre en compte les besoins de leurs enfants autres que leur sécurité immédiate.*

**Interventions auprès des mères atteintes de troubles mentaux graves et le supra système de santé et des services sociaux**

- (H48) *Le fait de devoir répondre aux normes, mandats et obligations relatifs à la structure et au fonctionnement du supra-système de soins et services i) contribue à la complexification des mécanismes de communication et de concertation interprofessionnelles et inter-établissements et des mécanismes de coordination des interventions et ii) augmente, en conséquence, les risques de conflit de rôles intra et inter-personnels pour les soignants, le cloisonnement interprofessionnel et le cloisonnement des services.*
- (H48a) *Cette situation conduit à la réduction de la primauté des besoins des mères atteintes de troubles mentaux, de leurs enfants et des autres membres de leurs familles au profit des besoins du supra-système de soins et services auxquels les soignants et intervenants doivent répondre.*

L'ensemble des propositions, générées par cette étude sont représentées dans la Figure 34:

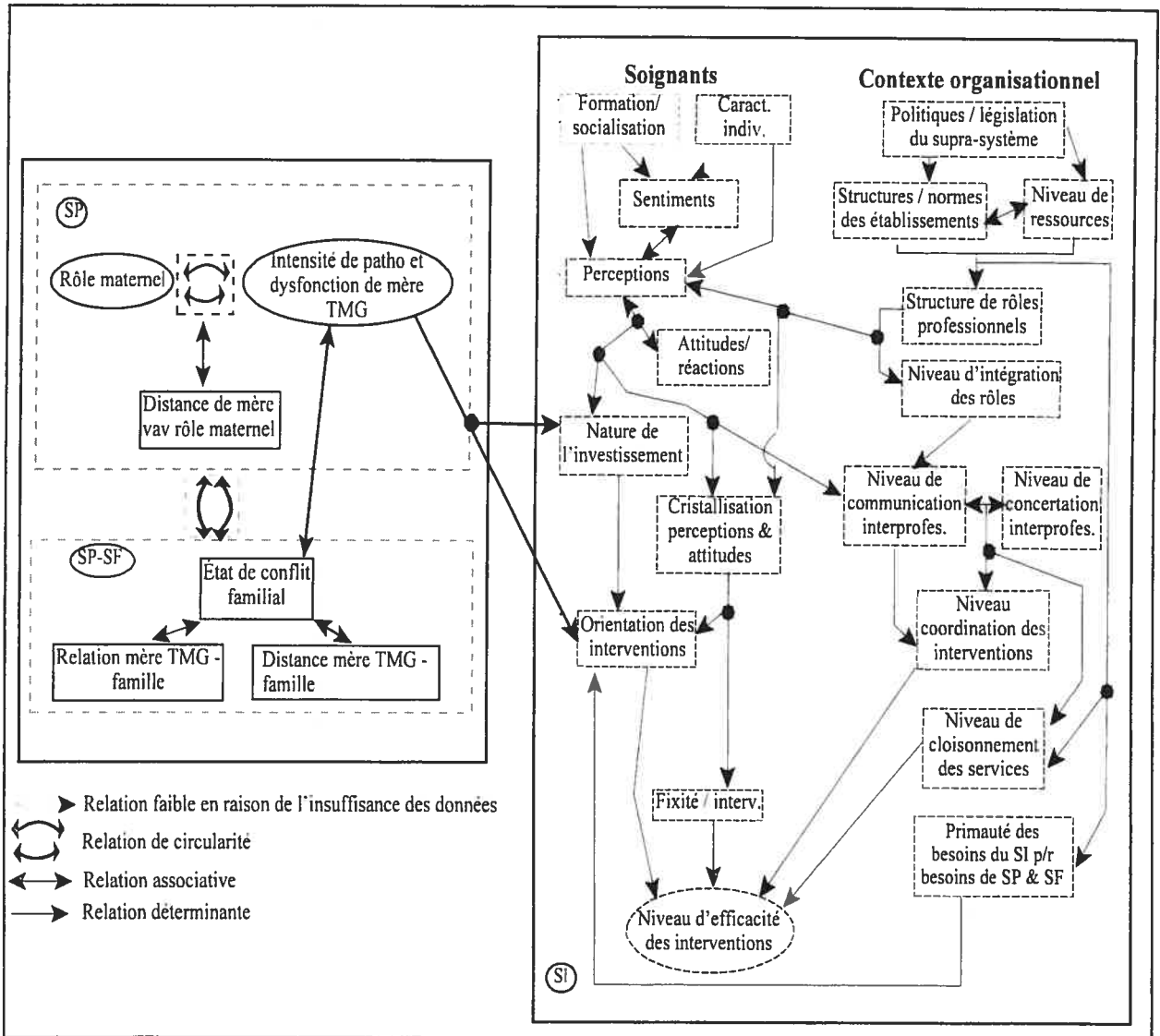


Figure 34: Problème de l'intervention thérapeutique auprès des mères atteintes de troubles mentaux: dynamique entre les facteurs impliqués

## **BIBLIOGRAPHIE**

- Ainsworth, M. (1973). The development of infant-mother attachment. Dans B. Caldwell & H. Ricciti (Eds), *Review of Child Development Research* (pp1-95). Chicago: The University of Chicago Press.
- Andronikof Sanglade, A. (1987). Contenir la relation mère-enfant. *Perspectives Psychiatriques*, 9 (4), 249-254.
- Agranoff, R. (1991). Human services integration: Past and present challenges in public administration. *Public Administration Review*, 51(6), 533-541.
- Amyot A., Aird, G., Charland, E., & Robillard, L. (1985). *Rapport du comité d'étude sur les services psychiatriques de la région de Montréal (06-A)*. Présenté à M. Guy Chevrette, Ministre des affaires sociales. Montréal, Québec, Canada: Le Comité.
- Anicet, M., Autin, M. Chauvin, A., Jardin, F., Le Van, C., & Richaud, A. (1999). *Psychose et parentalité*. Saint-Agne, France: Éd. Éres.
- Apfel, R.J., & Handel, M.H. (1993). *Madness and loss of motherhood. Sexuality, reproduction and long-term mental illness*. Clinical Practice no. 26. Washington, DC: American Psychiatric Press Inc.
- Association des Pharmaciens du Canada. (2000). *Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques (CPS)*. 35e éd. Ottawa, Ont. Ca.: Association des Pharmaciens du Canada.
- Ausloos, G. (2001). *La compétence des familles. Temps, chaos et processus*. Collection Relations. Saint-Agne, France: Éd. Éres
- Avison, W.R., & Gotlib, I.H. (1990). *Parental mental health and its consequences for children: A review of protective and risk factors*. London, Ontario, Canada: Centre for the Study of Health and Well-being, University of Western Ontario.
- Avison, W.R., & Gotlib, I.H. (1994). Future prospects for stress research. Dans W.R. Avison & I.H. Gotlib (Eds), *Stress and mental health. Contemporary issues and prospects for the future*. The Plenum Series on Stress and Coping Series Editor: Donald Meichenbaum. N.Y.: Plenum Press.
- Azoulay, J. (1987). Le psychiatre d'adulte et les enfants de malades mentaux. Les difficultés contretransférentielles du psychiatre d'adulte devant la souffrance de l'enfant réel. *Perspectives Psychiatriques*, 6(1), (nouvelle série), 37-47.
- Basescu, C. (1996). The ongoing, mostly happy "crisis" of parenthood and its effects on the therapist's clinical work. Dans B. Gerson (Ed), *The therapist as a person: Life crisis, life choices, life experiences and their effects on treatment*. Relational Perspectives Book Series (pp. 101-117). Hillsdale, N.J.: The Analytic Press.
- Basquin, M. (1972). *Le psychodrame: Une approche psychanalytique*. Paris: Dunod.
- Barnette, J.J. (1983). Naturalistic Study of project interagency linkages: The linkage case study. *Educational Evaluation and Policy Analysis*, 5 (4), 473-483.
- Beardslee, W.R., Versage, E.M., & Gladstone, T.R.G. (1998). Children of Affectively Ill Parents: A Review of The Past 10 Years. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37 (11). 1134-1141.



- Bourassa, J., Couture, L., Cyr, L., et Malenfant, R. (1986). *"L'éclosion du devenir parent". Éléments théoriques suivis d'un programme de formation des intervenants(es) en périnatalité auprès des familles "à risque"*. Équipe Prévention famille enfance jeunesse. DSC du CHUL.
- Bowlby, J. (1981). *Attachement et perte. L'Attachement* (vol.1). Paris: PUF.
- Brazelton, T.B., & Cramer, B. (1991). *Les premiers liens - L'attachement parents-bébé vu par un pédiatre et un psychiatre*. Stock: Laurence Pernoud, Calmann-Levy.
- Brazelton, T.B. (1982). Le bébé: Partenaire dans l'interaction. Dans T. B., Brazelton, B. Cramer, L. Kreisler, R Schappi, & M. Soulé. *La Dynamique du Nourrisson*. Paris: ESF.
- Brody, G.H., & Forehand, R. (1986). Maternal perceptions of child maladjustment as a function of the combined influence of child behavior and maternal depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54*(2), 237-240.
- Brunette, M.F. & Dean, W. (2002). Community mental health care for women with severe mental illness who are parents. *Community Mental Health Journal, 38*(2), ProQuest Psychological Journals, 153-165.
- Cazas, O., Dhôte, A., Bouttier, D., & Ginestet, D. (1990). L'hospitalisation de la mère et de son nourrisson dans un service de psychiatrie adulte. *Psychiatrie de l'enfant, XXXIII* (2), 635-674.
- Chabrol, H., Teissedre, F., Saint-Jean, M., Teisseyre, N., Roge, B. & Mullet, E. (2002). Prevention and treatment of post-partum depression: A controlled randomized study on women at risk. *Psychological Medicine, 32*(6), 1039-1047.
- Cicchetti, D., Rogosh, F.A., & Toth, S.L. (2000). The efficacy of toddler-parent psychotherapy for fostering cognitive development in offspring of depressed mothers. *Journal of abnormal Child Psychology, 28* (2), 135-148.
- Cohler, B. J., Grunebaum, H. U., Weiss, J. L., Gamer, E., & Gallant, D. H. (1977). Disturbance of attention among schizophrenic, depressed and well mothers and their young children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 18*(2), 115-135.
- Cohler, B. J., & Musick, J. S. (1984). *Intervention among psychiatrically impaired parents and their young children*. New Directions for Mental Health Services. Jossey-Bass Inc. Publishers.
- Cohn, J.F., & Tronick, E. (1989). Specificity of infants' response to mothers' affective behavior. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 28*(2), 242-248.
- Comité de la politique de santé mentale. (1989). *Rapport sur la politique en santé mentale au Québec*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Comité de la politique de santé mentale (1987). *Pour un partenariat élargi - Projet de politique en santé mentale pour le Québec*. Québec: Gouvernement du Québec
- Comité de la santé mentale du Québec. (1994). *Recommandations pour développer et enrichir la Politique de santé mentale*. Sainte-Foy, Québec: Publications du Québec.
- Comité de la Santé Mentale au Québec. (1985). *La santé mentale: De la biologie à la culture*. Direction générale des publications gouvernementales. Québec:Gouvernement du Québec.
- Comité de la Santé Mentale au Québec. (1985). *La santé mentale: prévenir, traiter et réadapter efficacement: Avis sur l'efficacité des interventions en santé mentale. 1. Synthèse et recommandations 2. L'efficacité de la prévention 3.L'efficacité du traitement 4. L'efficacité de la réadaptation*. Québec, Canada: Éditeur officiel du Québec.

- Comité Permanent de Lutte à la Toxicomanie (1996). *La double problématique toxicomanie et problèmes de santé mentale: Avis au ministre de Santé et des Services sociaux*. Comité permanent de lutte à la toxicomanie. Montréal.
- Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux. (1988). *Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*, Québec: Publications du Québec.
- Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux. (1986). *Dossier "santé mentale"*. Programme de consultation d'experts, Québec: Publications du Québec.
- Conseil interprofessionnel du Québec, 2004; [www.Professions-quebec.org/systeme-proles-modifications](http://www.Professions-quebec.org/systeme-proles-modifications).
- Conseil interprofessionnel du Québec. (1991). *Le Système professionnel québécois*. P.Guillemet: Télé-université.
- Contandriopoulos, A.-P. (1994). Réformer le système de santé: Une utopie pour sortir d'un statu quo impossible. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé* 1(1), 8-26
- Contandriopoulos, A.-P., Champagne, F., Potvin, L., Denis, J.-L., & Boyle, P. (1990). *Savoir préparer une recherche. La définir, la structurer, la financer*. Montréal, Québec.: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Corin, E., & Harnois, G. (1991). Problems of continuity and the link between cure, care, and social support of mental health. *International Journal of Mental Health*, 20(3), 13-22.
- Corporation Professionnelle des Médecins du Québec. (1992). *ALDO QUÉBEC. Aspects législatifs, déontologiques et organisationnels de la pratique médicale au Québec*. Montréal, Québec.: Corporation Professionnelle des Médecins du Québec.
- Côté, C. (1999). Historique de la systémique (1920-1998). Sous la direction de L. Blanchette. *Approche systémique en santé mentale*. Montréal, Qc.: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Côté, N., Bélanger, L., & Jacques, J. (1994). *La dimension humaine des organisations*. Boucherville, Québec.: Gaëtan Morin, éd.
- Cox, A.D. (1993). Befriending Young Mothers. *British Journal of Psychiatry*, 163, 6-18.
- Cyrułnik, B. (2001). *Les vilains petits canards*. Paris: Editions Odile Jacob.
- Cytrin, L., McKnew, D. H., Zahn-Waxler, C., Radke-Yarrow, M., Gaensbauer, T.J., Harmon, R.J., & Lamour, M. (1984). A developmental view of affective disturbances in the children of affectively ill parents. *American Journal of Psychiatry*, 141(2), 219-222.
- Davenport, Y. B., Zahn-Waxler, C., Adland, M. L., & Mayfield, A. (1984). Early child-rearing practices in families with a manic-depressive parent. *American Journal of Psychiatry*, 141(2), 230-235.
- David, M. (1987). Souffrance du jeune enfant exposé à un état psychotique maternel. *Perspectives Psychiatriques*, 26(6/1), 7-22.
- David, M., Castex, E., Léger, E. M., & Merlet, A. M. (1981). Danger de la relation précoce entre le nourrisson et sa mère psychotique: Une tentative de réponse. *Psychiatrie de l'Enfant*, 24(1), 151-198.
- Debray, R. (1993). Le fonctionnement psychique de l'analyste et l'interprétation lors des consultations de la triade père/mère/bébé. *Revue Française de Psychanalyse*, 1. 21-39.

- Decerf, A. (1987). Les interactions précoces de la mère et de l'enfant et la naissance de la vie psychique. *Psychiatrie de l'Enfant*, 30(2), 501-517.
- Denzin, N. K. (Ed.) (1978 a). *Sociological Methods: A Sourcebook*. New York: McGraw-Hill.
- Département de santé communautaire. (1981). Le développement de la compétence parentale. *Rapport d'un colloque tenu à Saint-Jean-sur-Richelieu*. 22 mai 1981. Hôpital du Haut-Richelieu.
- Desrosiers, L., & Saint-Jean, M. (1992). L'activité pour la thérapie de l'adulte psychotique; un médium en quête de sens!. *Revue québécoise d'ergothérapie*, 1(1), 32-37.
- De Rosnay, J. (1975). *Le macroscopie. Vers une vision globale*. Éditions du Seuil.
- Deutsch, M., & Krauss, R.M. (1972). *Les théories en psychologie sociale. L'Oeuvre sociologique 3*. Paris: Mouton Éditeur.
- Dobkin, P.L., Beaudoin, J., Paré, R., Daoust, R., & Chiasson, J-P., (1996). *Intervention familiale pour les enfants de parents toxicomanes*. Rapport de recherche présenté au Conseil Québécois de la Recherche sociale et au Secrétariat de la famille.
- Dongier, S., Labato, H., & Laplante, S. (1991). Approches en psychiatrie du nourrisson. *P.R.I.S.M.E.*, 2, 86-102.
- Dreyfuss, L., & Hanon, E. (1983). Intérêt de l'hôpital de jour dans le traitement des mères de familles dépressives. *Annales médico-psychologiques*, 141(5), 540-545.
- Dubost, J. (1987). *L'Intervention psycho-sociologique*. Paris; P.U.F.
- Dufour, M., & Nadeau, L. (1998). L'efficacité des programmes de prévention de la toxicomanie axées sur les familles. *Santé Mentale au Québec*, 23(2), 224-245.
- Duffy A. (2000). Toward effective early intervention and prevention strategies for major affective disorders: A review of antecedents and risk factors. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45, 340-348.
- Dumais, M. (1999). La dynamique du communautaire dans les services de santé et les services sociaux au Québec. Sous la direction de Pierre Fortin. *La réforme de la santé au Québec: Questions éthiques*. Cahiers de recherche éthique 22, pp. 179-193. St-Laurent, Québec: Éditions Fides.
- Dumesnil, F. (1998). *Parent responsable, enfant équilibré*. Montréal, Québec. Les Éditions de l'Homme
- Dussault, G. (1993). La réglementation de l'exercice des professions de santé au Québec: Impact sur la production des services de santé. *Journal de l'Économie Médicale*, T.11 (7-8), 445-458.
- Esdale, S.A. & Olson, J.A. (2004). *Mothering occupations. Challenge, agency, and participation*. Philadelphia, PA: F.A. Davis Company.
- Famularo, R., Kinscherff, R., & Fenton, T. (1992). Psychiatric Diagnoses of Abusive Mothers. A Preliminary report. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 180(10), 658-661.
- Fédération des CLSC du Québec. (1995). *Bilan d'implantation de la politique de santé mentale: Point de vue de la Fédération des CLSC*. Document déposé lors de la rencontre avec le Ministère de la santé et des services sociaux. 27 janvier 1995.
- Festinger, L. (1957). *A theory of cognitive dissonance*. Stanford, CA: Stanford University Press.

- Field, T. (1986). Models for reactive and chronic depression in infancy dans E.Z. Tronick et T. Fields (eds). *Maternal depression and infant disturbance. New Directions for Child development, 34*, San Francisco: Jossey-Bass.
- Field, T. (1984). Early interactions between infants and their postpartum depressed mothers. *Infant Behavior and Development, 7*, 517-522.
- Flagler, S. (1988). Maternal role competence. *Western Journal of Nursing Research, 10* (3), 274-290.
- Florsheim, P., Shotorbani, S., Guest-Warnick, G., Barratt, T., & Wei-Chin, H. (2000). Role of working alliance in the treatment of delinquent boys in community-based programs. *Journal of Clinical Child Psychology, 29*(1), 94-107.
- Fortin, A. (1991). Le gestionnaire et la psychologie du pouvoir Sous la direction de R. Tessier et Y. Tellier. *Changement planifié et développement des organisations. Tome 4: Pouvoirs et cultures organisationnels*. (pp. 1-33). Sillery, Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Fortin, A. (1982). *Le pouvoir et l'influence dans les organisations*. Document inédit.
- Frank, G. (1984). Life history model of adaptation to disability: The case of a congenital amputee. *Social Science Medecine, 19*(6), 639-645.
- Frankel, B. (1982). On participant observation as a component of evaluation: Strategies, constraints and issues. *Evaluation and Program Planning, 5*, 239-246.
- Free, K., Alechina, I., & Zahn-Waxler, C. (1996). Affective language between depressed mothers and their children: The potential impact of psychotherapy. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35* (6), 783-790.
- Friedman, R.M. (1989). The role of therapeutic care in an overall system care: Issues in service delivery and program evaluation. Dans R.P.Hawkins et J.Brailing (eds.), *Therapeutic foster care: Critical Issues* (pp.205-219). Washington, D.C.: Child Welfare League of America.
- Gaensbauer, T. J., Harmon, R. J., Cytrin, L., & McKnew, D. H.(1984). Social and affective development in infants with a manic-depressive parent. *American journal of Psychiatry, 141*(2), 223-229.
- Garnezy, N.(1987). Stress, competence, and development: Continuities in the study of schizophrenics adults, children vulnerable to psychopathology, and the search for stress-resistant children. Special Report. *American Journal of Orthopsychiatry, 57*(2), 159-175.
- Gaston, L., Marmar, C.R., Thompson, L.W., & Gallagher, D. (1988). Relation of patient pretreatment characteristics to the therapeutic alliance in diverse psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*(4), 483-489.
- Gergen, K.J., Gergen, M.M., & Jutras, S. (1992). *Psychologie sociale*. 2e éd. Laval, Québec, Canada: Édition Études Vivantes.
- Gerson, B.E. (1996). *The therapist as a person: Life crisis, life choices, life experiences, and their effects on treatment*. Collection Relational Perspectives book series, v. 6. Hillsdale, N.J.: Analytic Press.
- Gilbert, L. A., & Hanson, G. R. (1982). *Manual for perceptions of parental role scales*. Columbus, Ohio: Marathon Consulting and Press.
- Gilles, A. (1994). *Éléments de méthodologie et d'analyse statistique pour les sciences sociales*. Montréal, Québec: Mc-Graw Hill Éd.

- Glaser, B.G. (1992). *Basics of grounded theory analysis*. Mill Valley, CA: Sociology Press.
- Glaser, B. G. (1978). *Theoretical Sensitivity. Advances in the Methodology of Grounded Theory*. San Francisco: Un. of California
- Glaser, B., & Strauss, A. L. (1967). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Chicago: Aldine.
- Golse, B. (1996). Dépression du bébé, dépression de la mère - Concept de psychiatrie périnatale. *P.R.I.S.M.E*, 6(1), 98-111.
- Goodman, C. (1984). The PACE Family Treatment and Education Program: A Public Health Approach to Parental Competence and Promotion of mental Health. Dans B.Cohler & J.Musick (Eds). *Intervention with Psychiatrically Disabled Parents and Their Young Children. New Directions for Mental Health Services*, 24, San Francisco: Jossey-Bass.
- Goodman, S.H., Brogan, D., Lynch, M.E., & Fielding, B. (1993). Social and Emotional Competence in Children of Depressed Mothers. *Child Development*, 64, 516-531.
- Goodman, S.H. (1984). Children of emotionally disturbed mothers: Problems and alternatives. *Children Today*, 13(2), 6-9.
- Gouvernement du Québec. (1998). *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*. c. P-38.001. Québec: Les Publications du Québec.
- Gouvernement du Québec. (1993). *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. c S-4.2. Québec: Les Publications du Québec.
- Gouvernement du Québec. (1991). *Code des Professions*. Québec: Éditeur officiel du Québec.
- Gouvernement du Québec. (1994). *Loi sur la protection de la jeunesse*. L.R.Q. c.P-34.1. Québec: Les Publications du Québec.
- Gouvernement du Québec. (1992). *Loi sur la protection du malade mental*. L.R.Q., c.P-41. Québec: Les Publications du Québec.
- Greenspan, S.I., Wieder, S., Nover, R.A., Lieberman, A.F., Lourie, R.S., & Robinson, M.E. (Eds). (1987). Infants in Multirisk Families. Case Studies in Preventive Intervention. *Clinical Infant Reports: Series of the National Center for Clinical Infant Programs*. 3. Madison, Connecticut: International Universities Press Inc.
- Grubler Gochman, E.R. (1992). A note on deep-seated social values and countertransference in mother-infant diadic psychotherapy. *Psychanalytic Psychology*, 9(3), 405-408.
- Grunbaum, L., & Gammeltoft, M. (1993). Young Children of Schizophrenic Mothers: Difficulty of Intervention. *American Journal of Orthopsychiatry*, 63(1), 16-27.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1981). *Effective Evaluation*. San Francisco: Jossey Bass.
- Habimana, E., Éthier, L.S., Petot, D., & Tousignant, M. (1999). *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent: Approche intégrative*. Boucherville, Québec : Gaëtan Morin Éditeur.
- Harris, B. (2002). Postpartum Depression. *Psychiatric Annals*, 32(7), Proquest Psychology Journals, 405-415.
- Homans, G.C.(1974). *Social behavior: Its elementary forms*. Sous la direction de Robert K. Merton. New York: Harcourt, Brace, Jovanovich.

- Homans, G.C. (1968). *The human group*. Londres: Routledge Kegan Paul.
- Homans, G. C. (1950). *The human group*. New York: Harcourt, Brace & World, Inc.
- Holman, S.L. (1985). A group program for borderline mothers and their toddlers. *Int. J. Group Psychotherapy*, 35 (1), 79-93.
- Hovarth, A.O., & Symonds D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38(2), 139-149.
- Huberman, A. M., & Miles, M.B. (1991). *Analyse des données qualitatives. Recueil de nouvelles méthodes*. Bruxelles, Belgique: De Boeck Université.
- Isserlis, C., Boureau, P., & Valleur, M. (1985). Rôle de la médiation dans la prise en charge de nourrissons avec leur mère psychotique en milieu hospitalier. *Evolution Psychiatrique*, 50(1), 159-172.
- Isserlis, C., Valleur, M., Dingli, D., & Grasset, A. (1980). Hospitalisation mère-enfant. *Annales Médico-Psychologiques*, 138(8), 985-992.
- Japel, C., Tremblay, R.E., & McDuff, P. (2000). «Santé et adaptation sociale des parents. Section 1- Habitudes de vie et état de santé» dans *Etude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ, 1998-2002)*, 1 (9), (pp. 21-33). Québec: Institut de la statistique du Québec.
- Jivanjee, P. (1999). Parent perspectives on family involvement in therapeutic foster care. *Journal of Child and Family Studies*, 8(4), 451-461.
- Jobin, J-G. (1992). De l'activité ce qu'on peut encore en dire. *Revue québécoise d'ergothérapie*, 1(1), 11-16.
- Julian, K.C. (1983). A comparison of perceived and demonstrated maternal role competence of adolescent mothers. *Issues in Health Care Women*, 4, 223-236.
- Katz, D., & Kahn, R.L. (1978). *The social psychology of organizations*. New York: Wiley
- Keren, M., Spitzer, S., & Tyano, S. (1998). Dyadic psychotherapy for early relationship disorders: A case study. *Israel Journal of Psychiatry & Related Sciences*, 35(4), 262-270.
- Kersting, A., Kushel, S., Reutemann, M., Ohrmann, P. & Arolt, V. (2003). Outpatient psychotherapy for mothers-First empirical results. *Psychiatry*, 66(4), 335-345.
- Kets de Vries, M.F.R., & Miller, D. (1992). Narcissisme et leadership: Une perspective de relation d'objet. Sous la direction de L. Lapierre. *Imaginaire et leadership. Fantômes inconscients et pratiques de direction. T.1*(pp 443-464). Collection Presses HEC. Montréal, Québec, Canada: Éditions Québec/Amérique.
- Kivlighan, D.M., & Shaugnessy, P. (1995). Analysis of the development of the working alliance using hierarchical linear modeling. *Journal of Counseling Psychology*, 42(3), 338-349.
- Klein, F. (1979). Psychopathologie du petit enfant: Essai de prévention des troubles de la petite enfance à travers un début de recherche sur une étude longitudinale de femmes enceintes et de leurs enfants. *Neuropsychologie de l'enfance et de l'adolescence*, 27(12), 495-504.
- Knauer, D., & Palacio Espasa, F. (1997). Catamnèse à l'âge préscolaire de 18 enfants traités précocement à l'aide de psychothérapies brèves mères-bébés. *Psychiatrie de l'Enfant*, XL, 2, 343-366.
- Lanteri-Laura, G. (1990). Psychiatrie: L'attitude expectante. *Évolution Psychiatrique*, 55(4), 699-709.

- Laperrière, A. (1997). Les critères de scientificité des méthodes qualitatives. Dans J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L.-H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer, A.-P. Pires (eds), *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp.365-389). Boucherville, Québec: Gaëtan Morin Éd.
- Laperrière, A. (1997). La théorisation ancrée (grounded theory): Démarche analytique et comparaison avec d'autres méthodes apparentées. Dans J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L.-H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer, A.-P. Pires (eds), *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp.309-340). Boucherville, Québec: Gaëtan Morin Éd.
- Lapierre, L. (1992). L'idéalisation, le narcissisme et le leadership. Sous la direction de L. Lapierre. *Imaginaire et leadership. Fantômes inconscients et pratiques de direction. T.1* (pp 283-287). Collection Presses HEC. Montréal: Éditions Québec/Amérique.
- Lapierre, L. (1993). Le contrôle et le leadership. Sous la direction de L. Lapierre. *Imaginaire et leadership. Fantômes inconscients et pratiques de direction. Le contrôle, les affects et le leadership. T.II* (pp. 509-513). Collection Presses HEC. Montréal: Éditions Québec/Amérique.
- Lamour, M., & Barraco, M. (1998). *Souffrances autour du berceau. Des émotions au soin*. Collection «Interventions psycho-sociales». Paris: Gaëtan Morin Éditeur Europe.
- Lamour, M., & Barraco, M. (1995). Perturbations précoces des interactions parents-nourrisson et construction de la vie psychique - Le jeune enfant face à une mère psychotique. *Psychiatrie de l'Enfant, XXXVIII*, 2, 529-554.
- Lamour, M., & Lebovici, S. (1991). Les interactions du nourrisson avec ses partenaires: Évaluation et modes d'abord préventifs et thérapeutiques. *Psychiatrie de l'Enfant, XXXIV*, 1, 171-275.
- Lawson, M.C. (2002, 8 novembre ). The borderline mother: Diagnosis and treatment. Conférence présentée dans le cadre de la *Journée de perfectionnement sur le traitement des troubles de la personnalité. Institut Victoria*. Montréal, Québec: Université du Québec.
- Lebeau, A., & Viens, C. (1991). L'exercice du partenariat: Une analyse exploratoire à travers le développement d'un service d'intervention de crise dans le territoire du Haut-Richelieu. *Santé mentale au Québec, 16*(2), 121-138.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment for borderline personality disorder*. New-York: Guilford Press.
- Léonard, N., & Paul, D. (1996). Devenir parents: Les facteurs liés au sentiment de compétence. *L'Infirmière du Québec, sept./oct.*, 38-46.
- Lew, V., & Boily, M. (1999). Les risques psychosociaux chez les enfants de personnes atteintes de maladie mentale. Dans Habimana, E., Éthier, L.S., Petot, D. et Tousignant, M. *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent: Approche intégrative*. (pp. 55-75). Boucherville, Québec: Gaëtan Morin Éditeur.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Sage Public. Beverly Hills: California.
- Litchenberg, J.W., Wettersten, K.B., Mull, H., Moberly, R.L., Merkley, K.B., & Corey, A.T. (1998). Relationship formation and relational control as correlates of psychotherapy quality and outcome. *J. of Counseling Psychology, 45* (3), 322-337.
- Lortie, G. (1996). De quelques observations révélatrices de risques chez la femme enceinte. *P.R.I.S.M.E.*, 6(1), 85-97.
- Lovell, M., & Hawkins, J. D. (1988). An evaluation of a group intervention to increase the personal social networks of abusive mothers. *Children and Youth Services Review, 10*, 175-188

- Lindsay, J., & Perrault, C. (1987). *Synthèse critique. Les services sociaux en milieu hospitalier*. Québec: Publications du Québec.
- Lyons-Ruth, K. Botein, S., & Grunebaum, H.V. (1984). Reaching the Hard-to-Reach: Serving Isolated and Depressed Mothers with Infants in the Community. In B. Cohler and J. Musick (eds). *Intervention among Psychiatrically Impaired Parents and their Young Children. New Directions for Mental Health Services*. 24. San Francisco: Jossey Bass.
- Luthar, S.S., & Suchman, N.E. (2000). Relational psychotherapy mothers' group: A developmentally informed intervention for at-risk mothers. *Development and Psychopathology*, 12, 235-253.
- Luthar, S.S., & Walsh, K.G. (1995). Treatment needs of drug-addicted mothers: Integrated parenting psychotherapy interventions. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 12 (5), 341-348.
- Mallinckrodt, B. (1996). Change in working alliance, social support, and psychological symptoms in brief therapy. *Journal of Counseling Psychology*, 43(4), 448-455.
- Maluccio, A.N., & Whittaker, J.K. (1989). Therapeutic foster care: Implications for parental involvement. Dans R.P.Hawkins et J.Brailing (eds.), *Therapeutic foster care: Critical Issues* (pp.161-181). Washington, D.C: Child Welfare League of America.
- Manzano, J., Pallacio Espasa, F., & Knauer, D. (1984). Problèmes des interventions thérapeutiques en psychiatrie du nourrisson. *Neuropsychologie de l'enfance et de l'adolescence*, 32(9), 443-450.
- Manzano, J., & Lalive, J. (1983). Les jeunes mères psychotiques et leurs enfants: Expérience d'un programme de prévention primaire et secondaire. *Information Psychiatrique*, 59(5), 671-685.
- Manzano, J., Torrado-Da Sylva, M., Pallacio, F., & Cramer, B. (1980). Programmes de prévention dans un service de guidance pour enfants préscolaires. IV. Activités préventives auprès d'un groupe à haut risque: Les jeunes mères psychotiques. *Acta Paedopsychiatrica*, 45(4), 209-218.
- Marrow, A.J. (1972). *Kurt Lewin: Sa vie et son oeuvre*. Paris. Ed. ESF.
- Massé, R. (1994). La conception populaire de la compétence parentale. *Apprentissage et Socialisation*, 14 (4), 279-290.
- Massé, R. (1989). *De La Visite. Rapport synthèse*. Document non publié.
- Mayer, R., & Ouellet F. (1991). *Méthodologie de recherche pour les intervenants sociaux*. Boucherville, Québec.: Gaëtan Morin éd.
- McCall, G. J., & Simmons, J. L. (Eds.) (1969). *Issues in Participant Observation*. Reading, Massachussets: Addison-Wesley.
- McLean, D.E., & Link, B. (1994). Unraveling complexity. Strategies to refine concepts, measures, and research designs in the study of life events and mental health. Dans W.R. Avison and I.H. Gotlib (Eds). *Stress and mental health. Contemporary issues and prospects for the future*. The Plenum Series on Stress and Coping Series Editor: Donald Meichenbaum. N.Y.: Plenum Press.
- Merton, R.K. (1957). *Social Theory ans Social Struture*. Ed. revue. Glencoe, III. Free Press.
- Mercer, R. T., & Ferketich, S. L. (1994). Predictors of maternal role competence by risk status. *Nursing research*, 43 (1), 38-43.
- Mercier, C., & White, D. (1995). La politique de santé mentale et la communautarisation des services. *Santé mentale au Québec*, XX, 1, 17-30.



- Mercier, C., & White, D. (1994). Mental health policy in Québec: Challenges for an integrated system. *New Directions for Mental health*, 61, 41-52.
- Meissner, W.W. (1999). Notes on the therapeutic role of the alliance. *Psychoanalytic Review*, 86(1), 1-33.
- Miller, D. B. (1977). Roles of naturalistic observation in comparative psychology. *American Psychologist*, 32, 211-219.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux.(1991). *Un Québec fou de ses enfants. Rapport du Groupe de travail pour les jeunes*, Direction des communications, Québec: Gouvernement du Québec.
- Ministère de la santé et des services sociaux. (1989). *La périnatalité au Québec. Vivre avec un nourrisson*, Québec: Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (1989a). *Naître égaux et en santé. La périnatalité au Québec, no 3*, Québec: Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (1989b). *Vivre avec un nourrisson. La périnatalité au Québec, no 5*, Québec: Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (1989). *Politique de santé mentale*, Québec: Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction de la santé mentale. (1989). *Plans régionaux de services en santé mentale. POS. plan d'organisation de services. Vision d'ensemble et canevas de planification*, Québec: Gouvernement du Québec.
- Mintzberg, H. (1991). *Structure et dynamique des organisations*. Éditions d'organisation.
- Molenat, F., & Toubin, R-M. (1996). La naissance, occasion de réaménagement de l'identité des parents: Intérêt des réseaux de soins précoces. *P.R.I.S.M.E.*, 6(1), 22-39.
- Morin, P. (1992). Quebec's mental health policy: A sign of hope or a false start?. *Canada's Mental Health*, March, 19-24
- Mouhot, F. (1998). Étude du devenir de 18 enfants ayant séjourné en maison maternelle avec leur mère. *Psychiatrie de l'Enfant*, 41(2), 563-577.
- Mowbray, C., Schwartz, S., Bybee, D., Spang, J., Rueda-Riedle, A. & Oyserman, D. (2000). Mothers with mental illness: Stressors and resources for parenting and living. *Families in Society*, 81(2), ProQuest Psychology Journals, 118-129.
- Mowbray, C.T., Oyserman, D., Bybee, D., MacFarlane, P. & Rueda-Riedle, A. (2001). Life circumstances of mothers with serious mental illnesses. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25(2), ProQuest Psychology Journals, 114-125.
- Muir, E.E., & Thorlaksdottir, E. (1994). Psychotherapeutic intervention with mothers and children in day care. *American Journal of Orthopsychiatry*, 64 (1), 60-67.
- Morrison, D. (1986). Consentement éclairé et capacité en pratique clinique psychiatrique ou Opinion: Le consentement éclairé s'applique-t-il en psychiatrie ? Dans P. Migneault et J. O'Neil. *Consentement éclairé et capacité en psychiatrie. Aspects cliniques et juridiques*. Actes du Colloque tenu le 17 octobre 1986 au Douglas Hall. Verdun, Québec: Éditions Douglas.

- 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), ProQuest Psychology Journals 167-172.
- Oates, M.(1997). Patients as parents: The risk to children. *British Journal of Psychiatry*, 170 (suppl. 32), 22-27
- Odiah, C., & Wright, D. (2000). Forensic practice in the helping profession: Advocate and adversary roles as a threat to therapeutic alliances and fiduciary relations. *Journal of Offender Rehabilitation*, 31(1/2), 57-68.
- Office des Professions. (1996). *Approche à l'égard de la réserve et du partage d'actes professionnels. Vers un système professionnel plus souple et mieux adapté. Cadre de référence.* Document de consultation.
- Osofski, J. D., & Connors, K. (1979). Mother-infant interaction: an integrative view of a complex system. Dans J.D. Osofski (Ed.) *Handbook of Infant Development* (pp.519-548). N.Y.: John Wiley & Sons.
- Pailhé P. (1994). L'analyse par théorisation ancrée. *Cahiers de recherche sociologique*, 23, 147-181.
- Parent, P.P. (1999). De la prise en charge de la maladie mentale au droit à la santé mentale au Québec. Présentation d'éléments d'ordre historique et politique, formulation d'un certain nombre d'enjeux éthiques.Sous la direction de Pierre Fortin. *La réforme de la santé au Québec: Questions éthiques.Cahiers de recherche éthique* 22, (pp. 197-223). St-Laurent, Qué.: Édition Fides.
- Parnas, J. (1993). Enfants de mère schizophrène. Suivi longitudinal prospectif de 1962 à 1989. Problèmes méthodologiques et résultats diagnostiques de l'enquête dano-américaine. *L'information Psychiatrique*, 5, 479-486.
- Parson, T., Shils, E.A. (Eds). (1951). *Toward a General Theory of Action*. Cambridge. Mass.: Havard University Press.
- Pawl, J.H., & Lieberman, A.F.(1997). Infant-parent psychotherapy. Dans J.D. Noshpitz, S. Greenspan, S. Wieder et J. Osofsky (Eds.) *Handbook of child and adolescent psychiatry. Vol1. Infants and preschoolers: Development and syndromes.* (Pp.339-351). N.Y.: J.Wiley & Sons inc.
- Pépin, J-P. (1991). Les enjeux psycho-affectifs de la grossesse. *P.R.I.S.M.E.*, 2(1), 14-23.
- Pohland, P. A. (1972). Participant observation as a research methodology. *Studies in art education*, 13, 2-15.
- Poirier, M., & Gagné, J. (1988). Formes de l'appauvrissement et insertion sociale des jeunes adultes psychiatisés. *Santé mentale au Québec*, XIII, 1, 132-143.
- Poupart, J., Groulx, L-H., Deslauriers, J\_P., Laperrière, A., Mayer, R. & Pires, A.P. (1998). *La recherche qualitative. Diversité des champs et des pratiques au Québec.* Montréal, Québec: Gaëtan Morin Ed.
- Poupart, J. (1997). L'entretien de type qualitatif: Considérations épistémologiques, théoriques et méthodologiques. Dans J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L.-H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer, & A.-P. Pires (Eds). *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*, (Pp.173-209). Boucherville, Québec: Gaëtan Morin éditeur.
- Poirier, M., & Gagné, J. (1988). Formes de l'appauvrissement et insertion sociale des jeunes adultes psychiatisés. *Santé mentale au Québec*, 13(1), 132-143.

- Pozatek, E. (1994). The problem of certainty: Clinical social work in the postmodern era. *Social Work, 39*(4), 396-403.
- Keren, M., Spitzer, S., & Tyano, S. (1998). Dyadic psychotherapy for early relationship disorders: A case study. *Isr. J. Psychiatry Relat. Sci., 35* (4), 262-270.
- Racamier, P. C. (1979). *De psychanalyse en psychiatrie: Études psychopathologiques*. Paris: Payot.
- Rait, D.S. (2000). The Therapeutic Alliance in Couples and Family Therapy. *Journal of Clinical Psychology, 56*(2). 211-224.
- Radke-Yarrow, M., Cummings, E.M., Kuckynski, L., & Chapman, M., (1985). Patterns of attachment in two and three years old in normal families and families with parental depression. *Child development, 56*(4). 884-893.
- Righetti-Veltema, M. (1986). Psychopathologie et maternité. *Annales Médico-psychologiques, 144*(9), 987-1008.
- Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre. (1995). *Requête pour examen clinique. Guide d'utilisation des formulaires*. Montréal, Québec.
- Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.(1995). *L'atteinte d'un nouvel équilibre. L'organisation des services de santé et des services sociaux sur l'Île de Montréal*, Montréal, Québec.
- Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.(1997). *Le défi de l'accès. Choisir des solutions d'avenir pour améliorer nos services. L'organisation des services sociaux et des services de santé sur l'Île de Montréal 1998-2001*. Document de support. Montréal, Québec.
- Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.(1997). *Le défi de l'accès. Choisir des solutions d'avenir pour améliorer nos services. L'organisation des services sociaux et des services de santé sur l'Île de Montréal 1998-2001*. Document de consultation. Montréal, Québec.
- Rey-Debove, J., & Rey, A. (Eds.) (1995). *Le Nouveau Petit Robert*. Paris: Dictionnaires Le Robert.
- Rokeach, M. (1970). *Beliefs, Attitudes and Values: A Theory of Organization and Change*. San Francisco: Jossey-Bass Inc. Publ.
- Rosenfeld, J., Korolitski, E., Coyer, G., & Montes de Ocaa, M. (1990). Transformation, déformation, dysfonctionnement des interactions précoces. *Psychiatrie de l'Enfant, 33* (2), 479-520.
- Rutter, M. (1990). Commentary: Some focus and process considerations regarding effects of parental depression on children. *Developmental Psychology, 26*(1), 60-67.
- Ryan, P.J. (1986). The contribution of formal and informal systems of intervention to the alleviation of depression in young mothers. *British Journal of Social Work, 16, supplement*, 71-82.
- Sabaletti, R.M., & Waldron, R.J.(1995). Measurement Issues in the Assessment of the Experience of parenthood. *Journal of Marriage and the Family, 57*, 969-980.
- Sameroff, A.J., Seifer, R., Zax M., & Barocas, R. (1987). Early indicators of developmental risk: Rochester Longitudinal Study. *Schizophrenia Bulletin, 13*, 383-394.
- Sameroff, A. J., Seifer, R., & Zax, M. (1982). Early development of children at risk for emotional disorder. *Monography. Social Resource in Child Development, 47*(7), 1-82.

- Scarfone, D., & Pépin, J-P. (1991). La thématique psychique dans les grossesses et les accouchements compliqués. *P.R.I.S.M.E.*, 2(1), 24-35.
- Seidel, J. (1988). *THE ETHNOGRAPH: A user's guide*. Littleton, CO: Qualis Research Associates.
- Seifer, R., (1996). Les enfants nés de parents atteints de troubles mentaux: État de la recherche sur leur évolution et leurs troubles éventuels. *P.R.I.S.M.E.*, 6(1), 8-21.
- Shaffer, R. (1977). *Mothering: The Developing Child*. Cambridge, Massachussets: Harvard University Press.
- Sharlin, S.A., & Shamai, M. (2000). *Therapeutic Intervention With Poor Unorganized Families. From Distress To Hope*. N.Y.: The Haworth Press.
- Sheppard, M. (2002). Depressed mother.'s experience of partnership in child and family care. *British Journal of social work*, 32, 93-112.
- Soulé, M. (1982). L'enfant dans la tête - l'enfant imaginaire. dans T.B., Brazelton, B. Cramer, L. Kreisler, R. Schappi, & M. Soulé. *La Dynamique du Nourrisson ou Quoi de Neuf Bébé?* 2e éd. (pp 136-175). Paris: ESF.
- Spradley, J. P. (1980) *Participant Observation*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Springer, J.F., Phillips, J.L., Phillips, L., Cannady, L.P., & Kerst-Harris, E. (1992). CODA: A Creative Therapy Program for Childrens in Families Affected by Abuse of Alcohol or Others Drugs. *Journal of Community Psychology. OSAP Special Issues*, 55-74.
- St-André, M. (1996). Editorial. *P.R.I.S.M.E.*, 6(1), 4-5.
- St-André, M. (1996). Attachement et représentations de l'enfant à naître: Perspectives expérimentales et cliniques. *P.R.I.S.M.E.*, 6 (1), 40-54.
- Stanley, N. & Penhale, B. (1999). The mental health problems of mothers experiencing the child protection system: Identifying needs and appropriate responses. *Child Abuse Review*, 8, 34-45.
- Statistiques Canada. (1999). Rapports sur la santé. Division des statistiques sur la santé. Vol.11(3).
- Strauss, A., & Corbin, J. (1991). *Basics of Qualitative Research - Grounded Theory Procedures and Techniques*. 3ième éd. Sage Publications. International Professional Publishers. Newbury Park.
- Szasz, T.S. (1975). *Le mythe de la maladie mentale*. Paris: Payot.
- Tanguay, B., Saint-Jean, M., & Czarlinska, A. (1987). *Étude de dossiers de 30 femmes psychotiques hospitalisées au P.A.P.* Document non publié.
- Tienari, P., Sorri, A., Lahti, L., Naarala, M., Wahlberg, K-E., Moring, J., Pohjola, J., & Wynne, L.C. (1987). Genetic and Psychosocial Factors in Schizophrenia: The Finnish Adoptive Family Study. *Schizophrenia Bulletin*. 13(3). 477-494.
- Tousignant, M., & Kovess, V. (1985). L'épidémiologie en santé mentale: Le cadre conceptuel de l'enquête Santé-Québec. *Sociologie et Sociétés*, 22(1), 15-26.
- Trad, P.V. (1994). Mother-infant psychotherapy: Integrating techniques of group, family, and individual therapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 44(1), 53-78.
- Trend, M. G. (1979). On the reconciliation of qualitative and quantitative analyses: A case study. 68-86. Dans T.D. Cook, & C.S. Reichardt (Eds.) *Qualitative and Quantitative Methods in Evaluation Research*. Beverly Hills, CA: Sage.

- Tronick E.Z., & Gianino, A.F. Jr. (1986). The transmission of maternal disturbance to the infant. Dans E.Z. Tronick et T. Fields (eds). *Maternal Depression and Infant Disturbance. News Directions for Child Development*. 34. San Francisco: Jossey-Bass.
- Trudelle, D., & Montambault E. (1994). Le sentiment de compétence parentale chez des parents d'enfants d'âge préscolaire. *Service Social*, 43 (2), 47-62.
- Vaughn, B. E., Taraldson, B., Crichton, L., & Egeland, B. (1980). Relationship between neonatal behavioral organization and infant behavior during the first year of life. *Infant Behavior and Development*, 3, 47-66.
- Walker, E., & Emory, E. (1983). Infant at risk for psychopathology: Offspring of schizophrenic parents. *Child Development*, 54(5), 1269-1285.
- Weinberg, M.K., & Tronick, E.Z.(1997). Maternal depression and infant maladjustment: A failure of mutual regulation. Dans J.D. Noshpitz, S. Greenspan, S. Wieder, et J. Osofsky.(Eds.) *Handbook of child and adolescent psychiatry. Vol1. Infants and preschoolers: Development and syndromes*. (Pp.177-191). N.Y.: J.Wiley & Sons inc.
- White, D., Mercier, C., & Roy, D. (1993). *Concertation et continuité de soins en santé mentale: Trois modèles montréalais*. Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la prévention, Montréal, Québec: Université de Montréal.
- White, D. (1990). Le Pouvoir de la Culture: Les Aspects Politiques de l'Intervention en Santé Mentale. *Santé Culture Health. G.I.R.A.M.E.*, 7(2-3).
- Wickramaratne, P.J., & Weissman, M.M. (1998). Onset of psychopathology in offspring by developmental phase and parental depression. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37(9), 933-42.
- Winarick, K. (1997). Visions of the future: The analyst's expectations and their impact on the analytic process. *The American Journal of Psychoanalysis*, 57(2), 95-115.
- Winnicott, D. W. (1971). *De la Pédiatrie à la Psychanalyse*. Bibliothèque Scientifique. Collection Sciences de l'Homme. Paris: Payot.
- Womack, M.E., Miller, G., & Lassiter, P. (1999). Helping mothers in incestuous families: An empathic approach. *Women & Therapy*, 22(4). 17-34.
- Yin, R.K. (1982). The case study crisis: Some answers. Dans E.R. House et al. (Eds). *Evaluation Studies Review Annual*, 7, (pp.167-174). Beverly Hills. CA: Sage.
- Zoccolillo, M. (2000). «Santé et adaptation sociale des parents, section II - Adaptation sociale» dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ, 1998-2002)*, 1 (9), (pp.38-51). Québec: Institut de la statistique du Québec.

## **ANNEXES**

## Note méthodologique

### Historique de l'étude

La présente étude s'est déroulée en deux phases. Elle a débuté dans le cadre d'un projet de maîtrise et s'est poursuivie dans le cadre d'études doctorales afin de répondre aux questions soulevées par le déroulement et les résultats de la première phase de l'étude. Cette étude avait été acceptée par le Comité de la recherche et le Comité d'éthique du centre hospitalier où les patientes étaient suivies. Dans sa première phase, celle visée par la M.Sc., cette étude visait à vérifier l'effet d'une thérapie de groupe par le jeu de rôle adressée à des mères souffrant de troubles mentaux graves. Dans ce contexte, l'échantillon initial comportait huit mères qui ont été vues pour évaluation ou traitement. Il s'agissait alors de la première intervention de cette nature pour cette clientèle spécifique dans le milieu de l'étude. Et le recrutement avait été difficile. Plus de la moitié des mères provenant de l'échantillon initial ont participé à la thérapie de groupe pour toute sa durée, soit quatre mois. Les autres n'ont participé qu'à l'évaluation et parfois qu'à l'entrevue initiale. Danièle et Florence, deux des mères dont l'histoire a été présentée dans cette thèse, avaient participé à la thérapie de groupe : Danièle, pour une durée de six semaines—les raisons de son départ sont expliquées dans la thèse—et Florence, pour toute la durée. L'intégration à la thérapie de groupe nécessitait que les mères se soumettent à un processus d'évaluation—relativement lourd étant donné les exigences de la recherche—avant la constitution du groupe et à la fin de la thérapie.

Au terme des quatre mois prévus, la thérapie de groupe n'avait pas atteint les objectifs visés. Il était devenu évident qu'une thérapie de ce type, d'une durée de quatre mois, n'était pas suffisamment longue pour répondre aux besoins de cette clientèle. Il était aussi devenu évident qu'il était prématuré d'utiliser une technique telle que le jeu de rôle alors qu'il était si difficile pour ces mères d'exposer leurs problèmes de rôle maternel en situation de groupe. À la fin des quatre mois, chacune d'elles commençait à peine à s'ouvrir aux autres. C'est alors qu'il fut réalisé que l'on n'avait pas complètement saisi les enjeux et les difficultés vécus par ces mères et qu'une intervention, pour être efficace, exigerait une compréhension plus approfondie tant des problématiques individuelles que du contexte les influençant.

Au cours de cette première phase de l'étude, des difficultés d'un ordre autre que strictement thérapeutique ou clinique se sont présentées. La problématique s'avérait beaucoup plus complexe que prévu. Par exemple, la collaboration, prise pour acquis, de certains professionnels du milieu était mitigée. D'où l'impression qu'ils réagissaient au fait que l'intervention s'adressait à une clientèle habituellement réservée aux travailleurs sociaux et au fait qu'il s'ajoutait une dimension de recherche. Il s'agissait d'un changement de rôle pour l'ergothérapeute qui, de ce fait, sentait une certaine réserve chez certains de ses collègues de longue date. Mais sa place bien établie dans ce milieu lui permit de ne pas en être exclue pour autant, à la différence d'une autre chercheuse qui, elle, n'a jamais pu faire sa recherche dans le même milieu. Elle a néanmoins été confrontée à des problèmes de communication et de collaboration interprofessionnelles et prit conscience de certaines contre-attitudes des intervenants à l'égard de cette clientèle.

C'est alors, après en avoir discuté avec ses directeurs de recherche, que l'auteure a décidé de poursuivre la recherche de manière plus approfondie au niveau du doctorat, et cela, sur un mode d'observation participante. L'étude fut élargie à l'ensemble des interventions offertes aux mères par l'ensemble des intervenants du système de soins à l'étude et donc au-delà des seules interventions spécifiques à l'ergothérapie tel que c'était le cas jusque là.

### **Sélection des mères participantes**

La première phase de l'étude a permis à l'auteure d'établir des contacts avec quelques patientes avec qui elle a poursuivi des interventions après la fin du groupe. Ce fut le cas pour Danièle et Florence. Les démarches entourant l'établissement du groupe dans le milieu de soins et le recrutement des participantes avaient fait connaître son intérêt pour cette clientèle aux intervenants et certains d'entre eux ont continué de lui référer des patientes même après la fin du groupe. C'est ainsi qu'elle a connu Caroline. Elle suivait ces patientes dans le cadre de suivis individuels ou de groupes d'ergothérapie, en collaboration avec d'autres intervenants du milieu. Comme les autres intervenants, elle faisait partie d'une équipe multidisciplinaire.

L'implication de l'auteure, dans le traitement des trois patientes présentées dans cette thèse, a débuté alors qu'elles étaient déjà suivies en psychiatrie depuis un certain temps. Caroline, par exemple, était suivie depuis plus de deux ans en psychiatrie, lorsqu'elle s'est introduite dans son traitement. La recherche de données provenant de leur histoire antérieure nécessitait une fouille exhaustive de leur dossier médical. C'est pourquoi certaines données présentées dans la thèse sont antérieures à l'année 1990. Pour deux des mères, Caroline et Danièle, l'étude de cas s'est déroulée jusqu'à la fin des interventions pour elles. Florence est toujours suivie dans le milieu de l'étude. Son étude de cas a porté sur les trois premières années de son suivi en psychiatrie. Les données obtenues au cours de cette période étaient suffisantes pour les besoins de l'étude.

La sélection des cas de l'étude s'est faite en fonction des critères de la méthode de l'échantillonnage théorique laquelle vise à maximiser les différences inter sujets afin d'enrichir les données et, aussi, de favoriser le potentiel de falsification des explications émergentes. Ces cas présentaient des différences importantes sur le plan de l'histoire des mères, de leur pathologie, de leur niveau de fonctionnement, de leur environnement familial, dont, entre autres, le niveau de ressources personnelles et matérielles des familles. Ces cas présentaient aussi d'importantes différences au niveau des équipes traitantes, notamment sur le plan de leurs philosophies d'intervention et de leur fonctionnement d'équipe. De plus, ces cas furent jugés assez représentatifs des différences que l'on peut retrouver dans une clientèle suivie en psychiatrie. Finalement, il s'agissait de cas dans lesquels l'auteure était activement impliquée et, donc, en situation d'observation participante. Cela permettait de recueillir des données nécessaires à la poursuite de la recherche. Être impliquée dans le traitement de ces patientes offrait l'accès aux réunions d'équipe en tant que soignante et, donc, l'accès aux échanges verbaux lors des discussions de cas en équipe.



### Source et analyse des données :

Tel qu'indiqué dans la chapitre portant sur la méthodologie, les données proviennent de plusieurs sources soit :

- toutes les situations cliniques c'est à dire les entrevues individuelles pour évaluation ou thérapies, les entrevues familiales, les visites à domicile, les thérapies de groupe dont celle de la première phase de l'étude;
- les discussions de cas en cours de traitement lors de réunions des équipes multidisciplinaires, formelles ou informelles, dans le cadre du milieu hospitalier ou avec les intervenants provenant d'autres organismes ou établissements (CLSC, DPJ et organismes communautaires);
- les discussions avec des membres de l'entourage des patientes;
- les discussions élargies dans le cadre de conférences, de réunions administratives, de comités de travail, de consultations publiques et de visites d'organismes communautaires. Ces situations ont permis notamment l'accès aux perceptions des soignants à l'égard de la clientèle, de l'organisation des services et des autres intervenants provenant d'autres milieux. Elles ont permis aussi de suivre de près les changements dans l'organisation des services de santé et des services sociaux.
- les documents de première source c'est à dire les dossiers médicaux, les textes de loi ou juridiques et des vidéos;
- les journaux de bord et les notes personnelles de l'auteure ce qui a permis d'inclure, dans l'analyse, ses propres perceptions et les éléments subjectifs induits par l'observation participante.

La cueillette des données ne s'est pas effectuée selon un ordre pré-établi ou un plan précis. Cela procédait selon le suivi et l'évolution des patientes. Les occasions étaient saisies au passage et, au besoin, il était possible de provoquer certaines situations—par exemple des discussions ou échanges—pour obtenir les données manquantes.

Le contenu, le moment et les conditions de réalisation des entretiens formels et interviews enregistrés ne figurent pas tous dans la thèse. Ces données se limitent à ce qui illustre de façon évidente l'analyse. En ce qui concerne les données présentées dans la thèse, les dates, les contextes d'intervention et le type de soignant sont précisés. Le nom des individus n'est pas indiqué par souci de confidentialité.

Le contenu verbal de même que les descriptions du contexte et des activités ont été enregistrés ou pris en note, de façon détaillée et systématique—selon un système de codes, d'abréviations et de mémorisation—, pendant ou immédiatement après les situations d'observation. Les perceptions et impressions de l'auteure étaient notées dans un journal de bord ou dans ses dossiers de travail pour chacune des patientes, aussi de façon systématique, et peu de temps après les situations d'observation. Les comptes-rendus des situations d'observation, incluant les notes personnelles de l'auteure, étaient codés à l'aide du logiciel "L'Ethnographe" ce qui a mené à l'élaboration des catégories conceptuelles et à la mise en relation de ces concepts. Cet outil a permis une systématisation de la démarche d'analyse des concepts pour l'élaboration et la modélisation des hypothèses de travail ou propositions présentées dans la thèse.

# Hôpital Notre-Dame

Montréal

1560, est rue Sherbrooke  
Montréal, Québec H2L 4M1

417

Centre de recherche  
Tél. 514) 876.6670  
Fax (514) 876.6630

Le 30 janvier 1990

Madame Lucie Hébert  
Département de psychiatrie  
Hôpital Notre-Dame

**OBJET :** Votre projet de recherche intitulé : "Etude de l'effet d'une thérapie de groupe par le jeu de rôle pour les mères souffrant d'une pathologie en santé mentale".

Cher docteur,

Il me fait plaisir de vous informer que lors de leur dernière réunion, tenue le 11 janvier dernier, les membres du Comité de la recherche ont approuvé le projet de recherche ci-haut mentionné et l'ont transmis pour étude et recommandations au Comité d'éthique.

Je vous prie de croire, cher docteur, en l'assurance de mes sentiments les meilleurs.



Henri Brunengraber, président  
COMITE DE LA RECHERCHE

# Hôpital Notre-Dame

Montréal

1560, est rue Sherbrooke  
Montréal, Québec H2L 4M1

418

Centre de recherche  
TÉL (514) 876.6670  
Fax (514) 876.6630

Le 31 janvier 1990

Mme Lucie Hébert  
Département de psychiatrie  
Hôpital Notre-Dame

**OBJET :** Votre projet de recherche intitulé : "Etude de l'effet d'une thérapie de groupe par le jeu de rôle pour les mères souffrant d'une pathologie en santé mentale".

Cher docteur,

Il me fait plaisir de vous informer que lors de leur dernière réunion, tenue le 25 janvier courant, les membres du Comité d'éthique ont approuvé le projet de recherche ci-haut mentionné et l'ont transmis, pour approbation, au Comité exécutif du CMDP et au Conseil d'administration de l'Hôpital Notre-Dame.

Je vous prie de croire, cher docteur, en l'assurance de mes sentiments les meilleurs.



Eugenio Rasio, m.d., président,  
COMITE D'ETHIQUE