

Direction des bibliothèques

AVIS

Ce document a été numérisé par la Division de la gestion des documents et des archives de l'Université de Montréal.

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

This document was digitized by the Records Management & Archives Division of Université de Montréal.

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

**Évaluation du risque de la maltraitance
chez les mères ayant un trouble mental : la perspective des
intervenants sociaux**

**par
Sonia Bourque**

**École de service social
Faculté des arts et des sciences**

**Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures en vue de
l'obtention du grade M.Sc.
en service social**

Janvier 2009

© Sonia Bourque, 2009



**Université de Montréal
Faculté des études supérieures**

Ce mémoire intitulé :

**Évaluation du risque de la maltraitance
chez les mères ayant un trouble mental : la perspective des
intervenants sociaux**

présenté par :

Sonia Bourque

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

**Mme Marie-Andrée Poirier
Présidente-rapporteuse**

**Mme Pauline Morissette
Directrice de recherche**

**M. Marc Boily
Membre du jury**

Sommaire

Cette recherche décrit les perceptions des intervenants sociaux, ayant un diplôme universitaire en service social, quant à la réalité des mères atteintes d'un trouble mental et l'évaluation du risque de la maltraitance. La parentalité représente pour ces mères un rôle majeur et normalisant qui peut favoriser leur intégration dans leur communauté. Toutefois, les symptômes qu'elles présentent fluctuent aux plans de l'intensité et de la gravité ce qui affectent leurs capacités parentales différemment, tout dépendant de l'envahissement des symptômes. Or, c'est là toute la complexité de l'évaluation du risque de la maltraitance. Pour cette recherche, nous voulions comprendre comment et sur quoi les intervenants sociaux évaluent le risque de la maltraitance chez les mères aux prises avec un trouble mental. Deux perspectives théoriques ont été utilisées soit le cadre écologique et celui des représentations sociales pour atteindre les objectifs de notre recherche. Nous avons réalisé douze entrevues auprès d'intervenants sociaux qui oeuvrent en CLSC ou encore en milieu hospitalier soit général ou psychiatrique. Une analyse thématique a été utilisée pour l'analyse de nos résultats.

Il ressort de nos résultats que les intervenants sociaux portent un regard sur certaines dimensions pour évaluer le risque de la maltraitance chez les mères porteuses d'un trouble mental : la façon dont elles s'approprient leur rôle de mère, leurs caractéristiques personnelles, les impacts du trouble mental sur leurs capacités à exercer leur rôle parental et le soutien qu'elles reçoivent de leur entourage.

Toutefois, certains aspects discutés par les répondants ne sont pris en compte que de façon limitée lors de l'évaluation : les interactions entre les mères et leurs enfants, l'autocritique en lien avec le trouble et l'intensité des manifestations du trouble mental. Considérant que les participants ont souligné l'apport essentiel de l'équipe multidisciplinaire pour réaliser une telle évaluation, nous supposons que certains éléments sont évalués par les autres membres de l'équipe dont les infirmiers et les médecins. Nous croyons également que des formations spécifiques aux réalités des mères aux prises avec un trouble mental sont nécessaires afin que les intervenants sociaux soient davantage informés et outillés pour évaluer ces mères.

Mots clés : Parentalité, mère atteinte d'un trouble mental, négligence, abus, évaluation du risque de la maltraitance, intervenants sociaux.

Summary

This research describes the perceptions of mental health workers, who have a university degree in social service, regarding the situation of mothers with mental illness and the assessment of the risk of maltreat. Parenthood is for these mothers an important and normalising role which can help them be integrated in their community. However, the symptoms they exhibit may change in their intensity as well as in their severity, this having an impact on their parenthood capacities. This is the reason why the assessment of the risk of maltreat is a complex reality. The objective of this research was to understand how the mental health workers assess the risk of maltreat for mothers with mental illness and what this assessment is relying on. In order to reach these objectives, two different theoretical perspectives were used, which are the ecological frame and the social representations one. I have done twelve interviews with mental health workers who work in CLSC or in general as well as psychiatric hospital. The results of these interviews were analysed by themes.

The results show that mental health workers look at specific dimensions when they assess the risk of maltreat for mothers with mental illness: the way these mothers take over their role as mothers, their personal characteristics, the impact of their mental illness on their parenthood capacities and the support they receive from their environment. However, some aspects identified by mental health workers are only partially taken over when they assess the risk of maltreat : the relationship between mothers and children, the insight regarding the mental illness and the intensity of it.

The multidisciplinary team appears as an essential part of the assessment, some of these aspects being analysed by other members like nurses and doctors. At the end, I also believe that specific training regarding the situation of mothers with mental illness must be provided to mental health workers in order for them to be enough equipped to face the challenges of this reality.

Key words : parenthood, mothers with mental illness, neglect, abuse, assessment of the risk of maltreat, mental health workers.

Table des matières

Sommaire	i
Summary	iii
Table des matières	v
Liste des figures	viii
Introduction	1
Chapitre 1 Présentation de la problématique	7
1.1 Pertinence de la recherche	7
1.2 Question et objectifs de la recherche	14
1.3 Définitions des concepts	15
Chapitre 2 Recension des écrits	18
2.1 Le cadre écologique appliqué à la réalité des mères ayant un trouble mental	18
2.1.1 Ontosystème	20
2.1.2 Microsystème et mésosystème	33
2.1.3 Exosystème	38
2.1.4 Macrosystème	39
2.1.5 Chronosystème	39
2.2 Les représentations sociales	40
2.2.1 Perceptions des professionnels de la situation	42
2.2.2 Les circonstances d'une évaluation du risque de la maltraitance	44
2.2.3 Éléments inclus dans une évaluation du risque de la maltraitance	47
2.2.4 Difficultés rencontrées par les intervenants sociaux lors d'une évaluation	51

Chapitre 3 Démarche méthodologique	54
3.1 Recherche qualitative	55
3.2 Critères pour la sélection des articles pertinents	55
3.3 Stratégie d'échantillonnage et de recrutement	57
3.4 Caractéristiques de l'échantillon	59
3.5 Collecte de données	60
3.6 Stratégie d'analyse des données	62
3.7 Considération éthique	64
Chapitre 4 Présentation des résultats	66
4.1 Portrait des mères	64
4.1.1 Appropriation du rôle parental chez les mères ayant un trouble mental	64
4.1.2 La relation entre les mères et leurs enfants	77
4.1.3 Quand le trouble mental affecte l'exercice du rôle parental	81
4.2 Portrait de l'entourage des mères atteintes d'un trouble mental	91
4.2.1 Les relations conjugales	91
4.2.2 Les relations familiales	95
4.2.3 Le réseau des pairs	99
4.3 Le rôle des intervenants sociaux	100
4.4 Les conditions qui favorisent ou gênent le processus d'évaluation	103
4.4.1 La structure organisationnelle	103
4.4.2 Le lien avec les partenaires du réseau de la santé et des services sociaux	105
4.4.3 La relation de confiance	106
4.4.4 Le parcours professionnel	107

Chapitre 5 Discussion des résultats	109
5.1 La pratique professionnelle des intervenants sociaux : entre leurs perceptions et l'évaluation du risque de la maltraitance	109
5.1.1 La réalité des mères atteintes d'un trouble mental	109
5.1.2 L'environnement des mères atteintes d'un trouble mental	128
5.1.3 Les enjeux reliés à l'évaluation du risque de la maltraitance	132
5.2 Un modèle d'évaluation du risque de la maltraitance	138
5.3 Les limites de notre recherche	140
Conclusion	142
Bibliographie	147
Annexe 1 Article 38 de la loi de la Protection de la jeunesse	ix
Annexe 2 Guide de l'entrevue	xiii
Annexe 3 Formulaire de consentement	xvii
Annexe 4 Arbre thématique	xxi
Annexe 5 Certificat d'éthique	xxvi

Table des figures

Figure 1 Modèle d'évaluation du risque de la maltraitance chez les mères ayant un trouble mental	139
--	-----

Introduction

Au Québec, le premier asile a ouvert ses portes en 1839, le *Montreal Lunatic Asylum* (MSSS, 1997). En 1901, on compte six établissements asilaires au Québec, totalisant 2 985 patients (MSSS, 1997). On estime qu'en 1951, plus de 20 000 personnes sont hospitalisées dans les diverses institutions psychiatriques au Québec (MSSS, 1997). La maladie mentale est alors perçue comme une maladie incurable, une punition de Dieu. « Le malade était donc «placé» à l'asile, et les soeurs, du fait de leur esprit d'abnégation et de leur engagement à mener une vie de chasteté, de pauvreté et d'obéissance, étaient considérées comme étant les mieux qualifiées pour prendre soin des affligés et sauver leur âme » (Boudreau, 1984, p. 54). Dès lors, les personnes présentant une maladie mentale sont hospitalisées sur de longues périodes. Par exemple, le rapport Bédard estime qu'en 1960, sur les 4 145 patients qui sont à l'asile St-Jean-De-Dieu, 41,62% sont hospitalisés depuis 5 à 20 ans (Bédard, 1962).

La publication du livre *Les fous crient au secours* (Pagé, 1961) provoqua de nombreux débats au sein de la population, des syndicats et des psychiatres. Le rapport Bédard (1962) amena de nombreux changements dans le traitement des personnes ayant une maladie mentale selon quatre principes : humanitaire, économique, thérapeutique et en fonction de la curabilité de la maladie mentale. À partir de ce moment, le mouvement de la désinstitutionnalisation débute afin de répondre à ces quatre principes. La désinstitutionnalisation correspond à trois éléments : la déshospitalisation, la non-institutionnalisation et la réorganisation du système de soins (MSSS, 1997). La déshospitalisation signifie le départ des patients

hospitalisés de l'asile vers la communauté et une diminution des lits à l'intérieur des hôpitaux. Les patients peuvent demeurer à l'intérieur de famille d'accueil ou retourner dans leur famille. La non institutionnalisation renvoie à une diminution des durées de séjour à l'intérieur de l'hôpital. On tente de prévenir une hospitalisation pour les personnes ayant une maladie mentale ou lorsqu'un séjour hospitalier est inévitable, il doit être de courte durée. Finalement, la réorganisation du système de soins permet le développement de soins et de services à l'intérieur de la communauté et favorise la réintégration sociale des personnes hospitalisées (MSSS, 1997). Aujourd'hui, l'organisation des soins et des services dédiés aux personnes atteintes d'un trouble mental s'inspire toujours de ces trois éléments liés à la désinstitutionalisation. Ces personnes sont hospitalisées uniquement lorsqu'un état de désorganisation survient et elles retournent par la suite dans leur milieu de vie au moment où leur état est stabilisé. Plusieurs services ont été développés dont des emplois dans des milieux protégés, des centres de jour ou des ressources d'hébergement qui prennent plusieurs formes (foyer de groupe, appartement supervisé, résidence de type familial). Ces services favorisent l'intégration des individus atteints d'un trouble mental dans leur communauté et ils ont ainsi la possibilité de jouer plusieurs rôles aux niveaux social, économique, communautaire et parental. Toutefois, les individus ayant un trouble mental sont souvent victimes de stigmatisations et de discriminations. Ils peuvent alors vivre en marge de la société, gardant le silence sur leur souffrance et évitant les soins et les traitements disponibles pour eux. Les stéréotypes, la peur et la méconnaissance des troubles mentaux sont quelques causes qui alimentent une telle discrimination (Santé Canada, 2002, MSSS, 2005).

Le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS, 2005) estime que 2% à 3% de la population adulte québécoise souffrira d'un trouble mental grave. Chaque individu est susceptible, à un moment ou un autre de sa vie, de souffrir d'un trouble mental qui frappe sans discriminer. La parentalité chez les personnes atteintes d'un trouble mental est un phénomène récent qui est intimement relié au mouvement de la désinstitutionalisation. En effet, ces personnes sont dorénavant intégrées à la société et ont les mêmes droits. Or, les femmes atteintes d'un trouble mental ont le même taux de fécondité que les autres femmes (Ackerson, 2003b). Maintenant qu'elles ne sont plus dans des institutions et qu'elles sont intégrées à la société, elles peuvent souhaiter former une famille car le rôle parental est un rôle valorisant et normalisant au regard de la société (Ackerson, 2003b, Bassett, 1999, Brunette, 2002, Mowbray et al., 1995 et Nicholson et Blanch, 1994). Elles ne sont pas uniquement des femmes atteintes d'un trouble mental mais également des mères. Elles ont un rôle, une place à l'intérieur de la société.

La dynamique familiale et conjugale est affectée lorsqu'un trouble mental se développe chez ces femmes. Par exemple, le conjoint peut se sentir désemparé face au trouble mental et ses conséquences. Ou encore, les enfants peuvent ressentir une grande souffrance et être désorienté face aux comportements inhabituels de leurs mères. En effet, les symptômes du trouble mental ont des répercussions sur le fonctionnement social des mères, y compris sur leurs capacités parentales. Les symptômes affectent la pensée, l'humeur et le comportement chez les mères aux prises avec un trouble mental. Par ailleurs, ils varient également en ce qui concerne leur durée et leur intensité (Santé Canada, 2002). Lorsque les symptômes sont plus

envahissants et graves, les mères éprouvent alors des difficultés à exercer leur rôle parental. Certaines d'entre elles sont alors susceptibles d'adopter des comportements négligents ou abusifs envers leurs enfants, en fonction de la gravité et de l'intensité des symptômes du trouble mental (Boily et al., 2006, Buist, 1998, Éthier et al., 1994, Nicholson et al., 2001). Elles ont alors besoin de soutien afin de combler les besoins de leurs enfants. Ce soutien peut prendre différentes formes. Il peut provenir de leur conjoint, de leurs proches ou encore, des intervenants sociaux.

Les intervenants sociaux¹, professionnels ayant un diplôme universitaire en service social, qui oeuvrent auprès des femmes atteintes d'un trouble mental sont confrontés à cette nouvelle réalité, celle de la parentalité chez ces femmes. Les intervenants sociaux sont interpellés par cette réalité, en particulier parce qu'elle implique de nombreux changements dans leurs pratiques auprès des femmes porteuses d'un trouble mental. Dans de telles situations, les intervenants sociaux n'interviennent pas uniquement auprès de femmes, mais plus précisément auprès de femmes qui ont la responsabilité de leurs enfants, ce qui influence grandement le quotidien de ces mères. Ils sont donc appelés à intervenir auprès de ces mères tout en tenant compte de leurs situations familiale et conjugale. Par exemple, ils peuvent aider les mères afin qu'elles puissent conserver leur rôle parental, intervenir auprès du conjoint ou des enfants afin de les soutenir lors de situations plus problématiques. Une des facettes importantes de leur travail sera, pour les intervenant sociaux qui travaillent dans les hôpitaux ou dans les CLSC, d'évaluer les capacités et les compétences des

¹ Nous tenons à préciser que les intervenants sociaux n'ont pas tous une formation en service social. Ceux qui ont participé à notre recherche ont une formation universitaire en service social.

mères à exercer leur rôle parental. En effet, comme nous l'avons mentionné précédemment, les mères ayant un trouble mental peuvent éprouver des difficultés dans l'exercice de leur rôle parental ce qui peut affecter les soins qu'elles procurent à leurs enfants. Il incombe donc aux intervenants sociaux de porter un regard attentif aux dimensions personnelles et environnementales des mères atteintes d'un trouble mental en ce qu'elles facilitent ou nuisent à l'exercice de leur rôle. Plus spécifiquement, dans les cas où ils soupçonnent un risque de maltraitance des enfants.

Dans le cadre de notre recherche, nous proposons donc de comprendre comment et sur quoi les intervenants sociaux évaluent le risque de la maltraitance chez les mères aux prises avec un trouble mental. Nous avons axé notre recherche sur les mères étant donné que peu de recherches portent sur la réalité des pères. Oyserman et ses collaborateurs (2000) recensent qu'une seule recherche portant uniquement sur les pères atteints d'un trouble mental, celle de Nicholson et ses collaborateurs (1999). Comme le rapporte Oyserman et ses collaborateurs (2000), les auteurs de cette étude (Nicholson et al., 1999), qui s'est déroulée dans une clinique en santé mentale dans un grand centre urbain aux États-Unis, ont trouvé dans les dossiers médicaux deux fois plus de femmes mentionnant leur parentalité que d'hommes. Devant l'absence de recherche sur les pères, nous avons donc décidé d'axer notre recherche sur la réalité des mères.

Les intervenants sociaux qui travaillent en milieu hospitalier ou en CLSC, sont appelés à produire de telles évaluations. Notre travail vise à connaître la perception des intervenants sociaux quant à l'influence des manifestations du trouble mental sur

la parentalité; à documenter le processus d'une évaluation du risque de la maltraitance et les éléments inclus dans celle-ci; à connaître les éléments qui favorisent ou gênent les intervenants sociaux lors du processus de l'évaluation; et à suggérer un modèle d'une évaluation du risque de la maltraitance chez les mères ayant un trouble mental, en se basant sur le cadre de référence écologique.

Le mémoire se divise en cinq parties. Dans un premier temps, nous présenterons la problématique liée à la réalité des mères ayant un trouble mental. Ensuite, une recension des écrits a été faite pour décrire ce que vivent ces mères tant aux plans personnel qu'environnemental. Le cadre conceptuel écologique a été utilisé afin d'organiser la présentation des informations. Le cadre conceptuel des représentations sociales a été privilégié afin de mieux comprendre la perception des intervenants sociaux sur la situation des mères ayant un trouble mental. Nous discuterons également du processus de l'évaluation du risque de la maltraitance et des éléments inclus dans celui-ci. Par la suite, la méthodologie de notre recherche sera expliquée. Le quatrième chapitre consistera à présenter les résultats de notre recherche. Nous discuterons des résultats et tenterons d'émettre des hypothèses. Finalement, nous proposerons des pistes de recherche.

Chapitre 1

Présentation de la problématique

1.1 Pertinence de la recherche

Depuis la fin des années 60, les adultes présentant un trouble mental ont la possibilité de jouer de nombreux rôles dans la société. Toutefois, ils sont susceptibles d'être victimes de stigmatisation ce qui entrave leur intégration dans la société (MSSS, 2005). Dans son *Plan d'action en santé mentale 2005-2010*, le MSSS vise à accroître les services mis à la disposition des personnes atteintes d'un trouble mental, dont les services résidentiels, le soutien au travail et aux études, le soutien aux familles et aux proches et la promotion et la défense des droits, pour faciliter leur intégration dans leur communauté. Donc, ces services favorisent leur rétablissement en reconnaissant leur potentiel et leur place dans la société. Un autre rôle majeur et central à l'âge adulte est celui de devenir parent. Comme nous l'avons déjà mentionné, les personnes ayant un trouble mental ont également la possibilité de devenir parents. En parcourant la littérature (Ackerson, 2003b, Bassett et al., 1999, Brunette et al., 2002, Mowbray et al., 1995, Nicholson et al., 1994) nous avons été à même de constater que pour les femmes porteuses d'un trouble mental, le rôle parental les valorise et leur apporte un effet de normalité au regard de la société. Toutefois, les symptômes du trouble mental peuvent affecter les capacités des mères à exercer leur rôle parental ce qui peut amener certaines à adopter des comportements négligents ou abusifs envers leurs enfants (Beaucage et al., 2006, Boily et al., 2006, Brunette et al., 2002, Buist,

1998, Éthier et al., 1992, Éthier et al., 1994, Mowbray et al., 2002, Nicholson et al., 2001, Rogosh et al., 1992). Plusieurs recherches montrent un lien entre la présence d'un trouble mental chez la mère, la maltraitance et les difficultés psychosociales vécues par leurs enfants (Ackerson, 2003a, Bassett et al., 2001, Brunette et al., 2002, Craig, 2004, Goodman et al., 1990, Johnson et al., 2001, Rogosch et al., 1992). Plusieurs facteurs environnementaux sont aussi susceptibles d'influencer les capacités des mères ayant un trouble mental à exercer leur rôle parental (Brunette et al., 2002, Hollingsworth, 2004, Mowbray et al., 2002, Mowbray et al., 2005, Nicholson et al., 1998b).

Boily et ses collaborateurs (2006) rapportent une étude de Laporte (2005) qui évalue qu'entre 16 et 24% des enfants faisant l'objet d'un signalement à la Direction de la Protection de la Jeunesse (DPJ) ont un parent atteint d'un trouble mental. De plus, un enfant sur cinq (19,6%) dont le signalement a été retenu au cours de la période de référence (trois mois de l'année 1998) a un parent qui présente des problèmes de santé mentale. Cette évaluation provient d'analyses secondaires des données de l'Étude sur l'incidence et les caractéristiques des situations d'abus, de négligence, d'abandon et de troubles de comportement sérieux signalées à la Direction de la protection de la jeunesse au Québec (Laporte, 2005 dans Boily et al., 2006, Beaucage et al., 2006). Toutefois, ces chiffres demeurent une évaluation incomplète de la réalité étant donné qu'en général, les établissements du réseau québécois de la santé et des services sociaux recueillent peu d'information sur la parentalité au moment de l'inscription de leurs clients (Boily et al., 2006).

Toutes ces études et estimations ont leurs limites. Les données sont souvent obtenues indirectement et les services ne rejoignent qu'une fraction de la population, ce qui peut entraîner une sous-estimation du nombre de parents aux prises avec un trouble mental. De plus, la majorité des études concernent principalement les mères. Le portrait que nous avons de la réalité est par conséquent très partiel (Boily et al., 2006, p.76).

Peu d'établissements connaissent la réalité parentale de leurs clientes (Alakus et al., 2007, Bibou-Nikou, 2004, Brunette et al., 2002, Craig, 2004, Mowbray, 2001). Parallèlement, les auteurs américains ont essentiellement axé leurs recherches sur les impacts négatifs des troubles mentaux sur l'exercice du rôle parental et sur le bien-être des enfants (Ackerson, 2003a, Beaucage et al., 2006, Dumais, 2004). Des programmes, bien qu'ils soient peu nombreux, sont offerts aux mères ayant un trouble mental. Ces programmes encouragent ces mères à retrouver leurs capacités parentales et à développer de nouvelles habiletés (Nicholson et al., 2001). Toutefois, ces programmes sont confinés à un secteur précis et le nombre de participantes est restreint. Ackerson (2003a) a réalisé une revue de la littérature portant sur les programmes offerts aux mères ayant un trouble mental. D'abord, il décrit le programme *The Denver Mother's and Children's Project*. Ce programme offre de l'enseignement sur les habiletés parentales aux mères souffrant d'une schizophrénie. Toutefois, le suivi médical n'est pas assuré. Quant au programme *Project CHILD*, développé en Grande-Bretagne, il encourage les mères ayant un trouble psychotique à développer des habiletés relationnelles et sociales appropriées envers leurs enfants. Des visites à domicile et des activités sociales sont également offertes aux mères. *The Mother's Project*, développé à Chicago, propose un programme psychosocial pour les mères et leurs enfants, âgés de 0-5 ans. Ce programme reconnaît

l'importance du rôle joué par les autres membres de la famille et offre du soutien pour ces derniers (Ackerson, 2003a, Nicholson et al., 2003). Bassett et ses collaborateurs (2001) décrivent un programme élaboré en Australie, *The Living with Under-Fives*. Ce programme est offert aux parents ayant un trouble mental. Il propose une intervention de groupe où des intervenants enseignent les habiletés parentales et donnent de l'information sur les différents stades de développement des enfants, sur la nutrition, sur la discipline et sur les soins à procurer aux enfants. L'intervention de groupe offre également l'opportunité aux parents de discuter avec d'autres parents sur ce qu'ils vivent et les difficultés qu'ils rencontrent dans leur quotidien soit avec leurs enfants ou en lien avec les symptômes du trouble mental. Des moments de divertissement structurés et non-structurés sont également planifiés entre les parents et leurs enfants (Bassett et al., 2001).

Au Québec, nous comptons peu d'initiatives de ce genre. Le Centre de santé Orléans, situé à Québec, propose depuis juillet 2000 un service de soutien et d'accompagnement spécialisé à environ cinquante-huit familles dont l'un des parents est aux prises avec un trouble mental (Beaucage et al., 2006, Dumais et al., 2004). « *Le Programme de soutien aux familles* du Centre de santé Orléans vise à maintenir, à améliorer ou à rétablir la capacité des parents à assumer leur rôle parental et à prévenir les effets négatifs du trouble mental des parents sur les enfants » (Beaucage et al., 2006, p.11). Les professionnels de ce programme privilégient l'approche écologique favorisant la compréhension de ce que vit le parent à l'intérieur de son environnement et les liens qu'il entretient avec lui. Ce programme propose des interventions individuelles et de groupe adaptées aux besoins des parents. Les

enfants sont également invités à participer à des activités de groupe avec leurs parents pour favoriser et encourager les interactions entre parents-enfants. Une évaluation des services proposés par le Centre de santé Orléans a été réalisée en 2006 par Beaucauge et ses collaborateurs. Les auteurs concluent que « l'information actuellement accessible indique que le *Programme de soutien aux familles* du Centre de santé Orléans répond à un besoin important des familles dont un des parents est atteint d'un trouble mental grave et que ses interventions sont fort appréciées par sa clientèle » (Beaucauge et al., 2006, p.61). On retrouve également l'organisme communautaire Parent-Espoir, situé à Québec et fondé en 2003. Cet organisme poursuit une triple mission : « accompagner le plus de familles possibles dont l'un des parents est porteur d'un trouble mental; soutenir les parents dans leur démarche pour reprendre la garde de leurs enfants ou maintenir les liens familiaux lorsqu'une séparation s'impose à cause de la maladie et travailler en partenariat avec d'autres ressources communautaires, institutionnelles et gouvernementales dans le but d'aider les parents à reprendre du pouvoir sur leur vie » (Dumais et al., 2004, p.6). Une initiative a été expérimentée entre 1992 à 1995 à l'hôpital L-H Lafontaine, à la clinique externe Mercier-ouest par M. Boily, travailleur social et Dr Lew, psychiatre. Ce programme d'intervention offrait une évaluation des besoins des parents, des enfants et de la famille ainsi qu'une évaluation des capacités et des carences parentales (Boily et al., 2006). Ce programme n'a pas été évalué et il n'y a pas eu de suite. Comme nous pouvons le constater, les quelques initiatives entreprises au Québec restent isolées. Selon Dumais (2004), une minorité des recherches menées au Québec et au Canada porte sur les services nécessaires aux mères porteuses d'un trouble mental pour l'exercice de leur rôle. Des services auprès des mères ayant un

trouble mental peuvent être difficilement développés sans une connaissance de leur réalité.

De plus, peu de liens existent entre les dispensateurs de services pour adultes avec un trouble mental et ceux pour la protection des enfants (Ackerson, 2003a, Alakus et al., 2007, Barbour et al., 2002, Bibou-Nikou, 2004, Blanch et al., 1994, Brunette et al., 2002, Carrière et al., 2004). Les services sont conçus soit pour les adultes ou soit pour les enfants et non pour la famille (Bibou-Nikou, 2004, Fudge et al., 2004). La collaboration entre les dispensateurs de services demeure donc mitigée car ils ne se connaissent pas suffisamment pour créer des liens (Alakus et al., 2007). La sectorisation et la spécialisation des services amènent une « pratique en silos » qui n'encouragent pas la collaboration (Brunette et al., 2002). Darlington et ses collaborateurs (2005) ont fait une étude auprès de professionnels travaillant dans les services pour les adultes ayant des troubles mentaux et dans les services pour la protection des enfants pour identifier les obstacles à la collaboration entre ces services. Cinq barrières ont été notées par les auteurs : le manque de ressources, la confidentialité, les procédures qui diffèrent entre les dispensateurs de services, les attentes irréalistes envers les professionnels et le savoir et l'identité des professionnels et les bases théoriques avec lesquelles ils interviennent sont différentes. Alakus et ses collaborateurs (2007) notent que la collaboration entre les dispensateurs de services pour les adultes et ceux pour les enfants est limitée étant donné la grande mobilité des professionnels, le manque de personnel et l'augmentation de la tâche chez les professionnels.

Pourtant, Darlington et ses collaborateurs (2005) relèvent plusieurs éléments positifs à la collaboration entre les dispensateurs de services pour adultes et ceux pour les enfants. Ils croient qu'une meilleure collaboration apporterait « des réponses plus rapides et davantage proactives, une diminution de l'anxiété chez les professionnels, une réduction des séparations familiales, une meilleure continuité des soins et une meilleure coordination des services, une accessibilité plus rapide aux services pour les familles et un meilleur rapport coût-efficacité »² (Darlington et al., 2005, p.1086). Pour répondre adéquatement aux besoins de ces familles ayant des problèmes complexes, ces auteurs jugent qu'un modèle de services intégrés est à privilégier. Ces services intégrés offriraient alors des suivis pour tous les membres de la famille: parent atteint du trouble mental, les proches de la personne dont leurs enfants. Ainsi, ce modèle de services intégrés favoriserait une meilleure continuité dans l'organisation des services pour les mères, leurs proches et leurs enfants en tenant compte de l'aspect du trouble mental mais également de l'exercice du rôle parental.

Le MSSS, dans le *Plan d'action de Santé mentale* (1998), cible les mères atteintes d'un trouble mental pour qu'elles puissent recevoir le soutien nécessaire pour prendre soin de leurs enfants ou du moins, le faire garder en sécurité. En l'an 2000, lors d'un Forum en santé mentale, le gouvernement désigne comme une priorité que les enfants et les jeunes de parents porteurs d'un trouble mental aient les services nécessaires (Carrière et al., 2004). Dans son *Plan d'action de Santé mentale 2005-2010*, il réitère en énonçant que la famille et les proches de la personne avec un trouble mental

² La plupart des études sont rédigées en anglais ; les extraits cités ont été traduits de façon libre.

doivent être associés au traitement et qu'elles doivent recevoir du soutien (MSSS, 2005).

Force est de constater que les priorités du gouvernement ne sont pas tout à fait traduites dans la réalité. Nous jugeons que notre objet de recherche, l'évaluation du risque de la maltraitance chez les mères ayant un trouble mental, est pertinent dans ce contexte. Il correspond aux priorités du MSSS et peu de recherches ont été faites sur ce sujet au Québec. En utilisant les cadres conceptuels écologique et des représentations sociales, il nous sera possible de connaître la perception des intervenants sociaux sur la réalité des mères ayant un trouble mental et de tenir compte de l'interaction entre ces mères et leur environnement.

1.2 Question et Objectifs de la recherche

Comment et sur quoi les intervenants sociaux fondent-ils leur évaluation du risque de la maltraitance chez des mères qui présentent un trouble mental ? Nous répondrons à cette question en nous fixant quatre objectifs :

- Connaître les perceptions des intervenants sociaux quant à l'influence des manifestations du trouble mental sur la parentalité lors d'une évaluation du risque de la maltraitance chez des mères qui présente un trouble mental.

- Documenter le processus d'une évaluation du risque de la maltraitance et les éléments inclus dans celle-ci, dans une perspective préventive.
- Comprendre les éléments qui facilitent ou gênent lors du processus de l'évaluation du risque de la maltraitance.
- Suggérer un modèle d'évaluation du risque de la maltraitance.

1.3 Définitions des concepts

Nous définirons les concepts de santé mentale, trouble mental modéré, trouble mental grave, le fonctionnement social et les notions de parentalité et d'exercice du rôle parental afin de cerner notre objet de recherche. Nous avons retenu la définition du MSSS (1989) inscrite dans sa politique de santé mentale, pour définir le concept santé mentale :

La santé mentale, définie comme l'état d'équilibre psychique d'une personne à un moment donné, s'apprécie à l'aide des éléments suivants : le niveau de bien-être subjectif, l'exercice des capacités mentales et la qualité des relations avec le milieu. Elle résulte d'interactions entre des facteurs de trois ordres : biologiques, relatifs aux caractéristiques génétiques et physiologiques des personnes, des facteurs psychologiques, liés aux aspects cognitifs, relationnels et affectifs et des facteurs contextuels qui ont trait aux relations entre la personne et son environnement. Ces facteurs sont en évolution et s'intègrent de façon dynamique chez la personne (p.21).

Dans son *Plan d'action de santé mentale 2005-2010*, le MSSS (2005) définit deux catégories de troubles mentaux: troubles mentaux dits modérés et troubles mentaux graves. Les troubles mentaux dits modérés se précisent par certains critères de

diagnostics du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV-TR) publié par l'American Psychiatric Association (APA). Ils se traduisent par la détérioration du fonctionnement social habituel d'un individu et ils nécessitent un traitement. Nous les retrouvons davantage dans la population que les troubles mentaux graves et ils affectent moins le fonctionnement (MSSS, 2005). D'autre part, les troubles mentaux graves altèrent de façon significative les relations interpersonnelles, les compétences sociales de base et la capacité fonctionnelle dans la production d'un travail (MSSS, 2005). Cette incapacité est suivie, prolongée ou durable et affecte au moins l'un de ces trois domaines majeurs de la vie (MSSS, 2005). Les troubles mentaux graves se caractérisent par une chronicité et une permanence et ils se réfèrent aux troubles psychotiques, de l'humeur et aux troubles graves de la personnalité. Le Ministère de la Santé et des Services sociaux (2005) estime que 2 à 3% de la population au Québec souffre d'un trouble mental grave.

Le trouble mental grave ou modéré affecte indéniablement le fonctionnement social d'une personne. Selon l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec, le fonctionnement social réfère

à l'accomplissement de divers rôles sociaux, à la capacité de la personne d'organiser sa vie quotidienne, à la gamme de comportements observés (gestes, paroles, attitudes), aux processus mentaux, aux modèles appris aux perceptions construites, aux valeurs reçues et choisies dans l'univers propre à chaque personne et dans sa recherche de réciprocité avec son environnement (OPTSQ, 2002, p.4).

La parentalité est un des rôles sociaux que les femmes porteuses d'un trouble mental peuvent jouer. Considérant que le fonctionnement social est influencé par le trouble mental, les capacités des mères à exercer leur rôle parental seront également affectées. Selon Boily et ses collaborateurs (2006), la parentalité renvoie au fait d'être parent et aux comportements reliés à ce rôle. Dans ce sens, l'exercice du rôle parental « consiste à assurer une réponse satisfaisante aux différents besoins de l'enfant et à adopter des stratégies d'éducation qui permettent à celui-ci de développer graduellement ses habiletés afin de répondre de façon autonome et responsables à ses besoins, facilitant ainsi son intégration et sa participation à la société » (Boily et al., 2006, p.49). Buist (1998) précise que l'exercice du rôle parental se traduit par une disponibilité à répondre aux divers besoins de l'enfant en tenant compte du stade de son développement. Pour Wookcock (2003), la parentalité se définit également par répondre aux besoins de ses enfants, communiquer avec eux, favoriser l'expression de leurs émotions et mettre en place une discipline.

Comme nous l'avons mentionné précédemment, les troubles mentaux altèrent le fonctionnement social de l'individu et ces manifestations ont un impact sur les plans émotionnels, cognitifs et relationnels. Les manifestations du trouble mental influencent les capacités des mères à exercer leur rôle parental. Nous aborderons plus amplement cet aspect mais avant, nous décrivons les perceptions de ces mères reliées au fait d'être parent. Le prochain chapitre du mémoire consistera à explorer la parentalité chez les mères atteintes d'un trouble mental et l'évaluation du risque de la maltraitance complétée par les intervenants sociaux.

Chapitre 2

Recension des écrits

2.1 Le cadre écologique appliqué à la réalité des mères ayant un trouble mental

Le cadre écologique fut élaboré au début du 20^e siècle par Mme Mary Richmond (Pardeck, 1996). Elle établit alors que l'environnement dans lequel un individu évolue influence grandement son fonctionnement social. Selon elle, lors des évaluations et du traitement, les professionnels doivent prendre en considération qu'un individu interagit constamment avec son environnement, et doivent donc tenir compte de cette réalité tout au cours du suivi. Dans ce sens, Pardeck (1996) définit le cadre écologique de cette manière : « l'approche écologique encourage les intervenants sociaux à ne pas tenir compte uniquement du client mais également de prendre en considération lors de leurs interventions des facteurs familiaux, culturels et sociaux qui influencent le fonctionnement social de leur client » (Pardeck, 1996, p.2). Trois concepts clés définissent ce cadre. Le concept *transaction* permet de décrire les relations réciproques qu'entretient un individu avec son environnement. Ensuite, le concept *behavioral setting* souligne l'influence mutuelle entre le comportement d'un individu et son environnement. Selon Pardeck (1996), ce concept amène une nouvelle conception du client, en particulier lorsqu'il vit des difficultés. Il n'est plus perçu comme un individu déviant mais plutôt comme quelqu'un qui interagit avec un environnement qui ne correspond pas à ses besoins. Finalement, un individu évolue dans un *écosystème* qui comprend plusieurs niveaux

écologiques. Chacun de ces différents niveaux a une influence dynamique sur les autres niveaux et sur l'écosystème global de cet individu. D'après cette perspective théorique, chaque personne est partie prenante de l'écosystème auquel elle appartient.

Bronfenbrenner (1979) a décrit ces différents niveaux écologiques : onto, micro, méso, exo, macro et chrono. L'ontosystème renvoie aux caractéristiques de la personne. Pour les mères ayant un trouble mental, les intervenants sociaux prennent en considération leur âge, leurs habiletés, leurs difficultés et les impacts des symptômes du trouble mental sur leurs capacités à exercer leur rôle parental. Le microsystème réfère aux activités, aux rôles et aux relations interpersonnelles d'une personne dans son environnement immédiat (Bronfenbrenner, 1979). Par exemple, les mères atteintes d'un trouble mental entretiennent généralement des relations avec un conjoint ou avec des membres de leur famille et ces relations influencent l'exercice de leur rôle parental. Bronfenbrenner (1979) identifie le mésosystème aux interrelations qu'un individu entretient avec divers lieux. Nous pouvons penser aux relations que ces mères entretiennent avec leur réseau familial et/ou avec des pairs et leurs influences sur l'exercice de leur rôle parental. L'exosystème renvoie aux lieux ayant une influence sur la vie des individus sans que ceux-ci aient toutefois une participation directe dans la prise de décision; nous pouvons penser aux décisions ministérielles quant à la réforme de la *Loi de la Protection de la jeunesse* ou encore au *Plan d'action en santé mentale 2005-2010* qui influence la façon dont les services sont distribués. Le macrosystème regroupe les valeurs, les croyances et les idéologies d'une culture ou d'un ensemble sous-culturel. Le macrosystème englobe tous les autres niveaux écologiques. Les valeurs sociétales influencent le regard que porte la

société sur ces mères, plus encore elles affectent également la perception qu'ont les intervenants sociaux qui interviennent auprès d'elles. Finalement, nous retrouvons le chronosystème qui comprend la continuité et les changements reliés aux étapes de la vie et leurs influences sur le développement d'une personne (Bronfenbrenner, 1986). Le chronosystème comprend deux types de transition, les transitions dites normatives et les non-normatives (Bronfenbrenner, 1986). Par exemple, pour les mères ayant un trouble mental, il va peut-être de soi qu'elles auront la possibilité de se marier, répondant ainsi à une norme de la société. Toutefois, l'apparition d'un trouble mental pourrait entraîner des modifications dans leur trajectoire personnelle.

Les intervenants sociaux peuvent comprendre et évaluer la réalité de ces mères en portant un regard sur les différentes transactions entre celles-ci et les niveaux écologiques. Les interventions peuvent alors porter, selon leurs besoins, sur un ou plusieurs de ces niveaux. Nous constatons qu'il est important, en tant que professionnel, d'évaluer cette réalité en considérant tous ces niveaux. Cette approche permet d'évaluer le soutien que ces mères reçoivent tout autant que les sources de stress qui sont présentes dans leur environnement. Pour notre recension des écrits, nous utiliserons chacun de ces niveaux afin de décrire la situation des mères présentant un trouble mental.

2.1.1 Ontosystème

D'abord, nous explorerons la perception des mères quant à la parentalité. Par la suite, nous discuterons des différentes caractéristiques personnelles des mères ayant un

trouble mental qui peuvent influencer leurs capacités à exercer leur rôle parental. Les impacts des symptômes du trouble mental sur leurs capacités à exercer leur rôle parental seront également décrits. Plusieurs auteurs (Ackerson, 2003b, Bassett et al., 1999, Brunette et al., 2002, Diaz-Caneja et al., 2004, Mowbray et al., 1995, Mowbray et al., 2001, Nicholson et al., 1994) constatent que la parentalité est un rôle social valorisant et important pour les femmes ayant un trouble mental et qu'elles souhaitent avoir leurs enfants avec elles. L'exercice du rôle parental permet l'accomplissement d'un rôle majeur de la vie à l'âge adulte (Mowbray et al., 1995). En parcourant les différentes recherches portant sur la parentalité chez les mères ayant un trouble mental, nous avons relevé quelques thèmes communs à ces recherches. D'abord, elles éprouvent les joies et les plaisirs associés à la parentalité (Mowbray et al., 1995). Pour ces mères, la parentalité est une fierté, elles se sentent accomplies, et elles apprécient ce rôle de mère (Ackerson, 2003b., Diaz-Caneja et al., 2004, Mowbray et al., 2001). Elles ressentent un sentiment d'utilité et elles retrouvent une meilleure estime de soi (Diaz-Caneja et al., 2004, Mowbray et al., 1995). Leurs enfants est une source de plaisir qui donnent un sens à leur vie (Mowbray et al., 1995). Selon Diaz-Caneja et ses collaborateurs (2004), la parentalité permet à ces mères de donner de l'amour et d'en recevoir ce qui peut être bénéfique pour leur équilibre personnel. Ensuite, le fait d'être parent les incite à maintenir un fonctionnement social. Pour elles, leurs enfants représentent une source de motivation qui les encouragent à s'impliquer dans leur traitement afin de retrouver ou de maintenir une stabilité au niveau psychiatrique (Diaz-Caneja et al., 2004, Mowbray et al., 1995).

Montgomery et ses collaborateurs (2006) ont réalisé une étude portant sur les expériences que vivent ces mères présentant un trouble mental. Des entrevues semi-structurées ont été réalisées auprès de vingt et une mères. Ces auteurs constatent que ces mères souhaitent ardemment développer une relation significative avec leurs enfants qui ne pourrait être jamais rompue. Montgomery et ses collaborateurs (2006) ont recensé trois stratégies que ces mères peuvent adopter afin de préserver leur relation avec leurs enfants. D'abord, elles veulent *paraître normales* et être une mère parfaite ce qui les amène à placer les besoins de leurs enfants avant les leurs. Ensuite, elles aspirent à *créer un milieu sécuritaire* où elles s'engagent dans leur traitement pour leurs enfants afin de maintenir leur état de santé stable. Pour elles, leur sécurité se fragilise au moment d'une rechute et elles doutent alors de leur capacité à exercer leur rôle parental. Finalement, elles désirent *être responsables*. Elles ressentent possiblement davantage un sentiment de compétence lorsqu'elles ont les capacités d'être attentives aux besoins quotidiens de leurs enfants. Elles considèrent comme essentiel « d'être appréciées et estimées par leurs enfants et leur famille » (Montgomery et al., 2006, p.23). La maladie et des hospitalisations peuvent être des obstacles à être responsable pour ces mères.

Les auteurs rapportent également trois techniques afin de « garder la maladie loin de leurs enfants » (Montgomery et al., 2006, p.24). Par exemples, elles tenteront de *masquer* la maladie à leurs enfants mais lorsque les symptômes sont davantage envahissants, il devient difficile pour ces mères d'assumer leurs responsabilités. Elles entretiennent un *discours censuré* où un tabou entoure la maladie. La maladie est alors peu discutée entre les mères et leur entourage dont leurs enfants. Pour elles,

la *maternité devient un travail*. Elles exercent leur rôle parental de façon mécanique et automatique. Elles maintiennent alors une routine rigide afin de diminuer l'anxiété procurée par des imprévus. Dans certaines circonstances, elles éprouvent donc des difficultés à gérer leurs besoins et en même temps ceux de leurs enfants (Diaz-Caneja et al., 2004, Nicholson et al., 1998a). Elles ont ainsi le souci de protéger leur enfant de la maladie ou lorsqu'une rechute survient (Diaz-Caneja et al., 2004). Elles constatent que la parentalité amène des sources de stress supplémentaires. Par exemple, plusieurs mères confiaient se sentir coupable relativement à leur passé de consommation d'alcool et de drogue, particulièrement quant aux effets que cela a pu produire sur leurs enfants (Mowbray et al., 1995). Elles craignent également de transmettre leur trouble mental à leur enfant (Diaz-Caneja et al., 2004).

La littérature révèle que la peur de perdre la garde de leurs enfants est une préoccupation importante pour ces mères (Ackerson, 2003b, Alakus et al., 2007, Bassett et al., 1999, Cogan, 1998, Craig, 2004, Diaz-Caneja et al., 2004, Nicholson et al., 1998a). Elles craignent que le seul fait d'avoir un diagnostic entraîne la perte de la garde de leurs enfants, surtout dans un contexte de séparation avec leur conjoint ou lorsqu'elles ont un suivi avec un professionnel de la protection de la jeunesse (Ackerson, 2003, Bassett et al., 1999, Blanch et al., 1994, Diaz-Caneja, 2004). « Leurs expériences adverses associées avec la garde de leurs enfants et la peur de perdre leur garde renforcent leurs perceptions d'être victime de discrimination et de stigmatisation liées à leur trouble mental » (Ackerson, 2003b, p.133). Du fait qu'elles se sentent stigmatisées, elles peuvent ressentir un stress supplémentaire à prouver leurs compétences liées à l'exercice de leur rôle parental (Nicholson et al.,

1998a). La peur de perdre leurs enfants peut être exacerbée lors d'une crise aigue ou au moment d'une hospitalisation, selon Ackerson (2003b). Nicholson et ses collaborateurs (1998a) vont dans le même sens et ajoutent qu'elles ont peur de perdre la garde de leurs enfants, durant une hospitalisation, si elles permettent un placement volontaire. La perte de la garde de leurs enfants peut également entraîner une hospitalisation chez les mères car leurs liens avec eux sont interrompus (Nicholson et al., 2006). Elles peuvent alors ressentir la perte de la garde de leurs enfants comme un échec. Afin d'établir les circonstances dans lesquelles les mères perdent la garde de leurs enfants, Hollingsworth (2004) a réalisé une étude auprès de quatre cents quatre mères ayant un trouble mental. D'abord une analyse quantitative a été faite auprès de trois cent vingt-deux mères en utilisant des données secondaires provenant de trois études antérieures. Quarante-deux mères qui ont perdu la garde de leur enfant ont participé à une entrevue semi-dirigée. Lors de l'analyse des données quantitatives, Hollingsworth (2004) constate que la majorité des mères qui n'a pas perdu la garde de leurs enfants est mariée. Par contre, les mères qui ont perdu la garde de leurs enfants sont des mères monoparentales. Elles ont également une plus longue histoire de la maladie, davantage d'hospitalisations et elles éprouvent davantage de difficultés au niveau financier que les mères qui n'ont pas perdu la garde de leurs enfants. D'autre part, l'analyse qualitative des entrevues fait ressortir que 35% des mères ont mentionné que leur condition psychiatrique a joué un rôle dans la perte de la garde de leurs enfants. L'abus de substances a contribué à la perte de la garde de leurs enfants, selon 24% des mères. Quant à la cooccurrence, trouble mental et abus de substances, 8% des mères l'ont évoquée comme motif de la perte de la garde de leurs enfants. L'auteure conclue « qu'en apparence, la perte de la

garde des enfants augmente quand les mères ont moins de gens disponible autour d'elles pour les soutenir dans les soins apportés aux enfants ou quand le savoir parental est inapproprié » (Hollingsworth, 2004, p.207). L'auteure remarque également que la perte de la garde de leurs enfants ne se distingue pas par le diagnostic mais plutôt par une plus longue histoire de la maladie et davantage d'hospitalisations.

Nicholson et ses collaborateurs (2006) ont mené une recherche afin de comparer les mères ayant la garde de leurs enfants et celles qui ne l'avaient plus. L'échantillon est composé de 1954 mères qui ont un trouble mental, qui abusent de substances et qui ont déjà vécu une histoire de violence (abus physique ou sexuel). Les auteurs constatent que « les mères n'ayant plus la garde de leurs enfants ont moins confiance en elles, sentent qu'elles ont moins de contrôle et qu'elles sont moins habiles pour résoudre leurs difficultés » (Nicholson et al., 2006, p.236). Les auteurs se questionnent : est-ce que ce constat a contribué à la perte de la garde des enfants ou s'il en est une conséquence?

Les écrits (Boily et al., 2006, Nicholson et al., 2001, Rogosch et al., 1992) révèlent que le fonctionnement social dont les capacités des mères ayant un trouble mental à exercer leur rôle parental est susceptible d'être influencé par leurs caractéristiques personnelles. Goodman (1987) a fait une étude composée de cent quinze mères ayant un trouble mental et un enfant âgé de moins de 5 ans. Selon Goodman (1987), plusieurs caractéristiques individuelles peuvent influencer l'exercice du rôle parental chez les mères ayant un trouble mental dont l'âge, le niveau de scolarité, le quotient

intellectuel et l'expérience de travail. Ces caractéristiques peuvent possiblement apporter un effet positif sur l'estime de soi de ces mères. Rogosch et ses collaborateurs (1992) avancent qu'une estime de soi préservée permet aux mères d'être plus disponibles à leurs enfants et à être plus aptes à gérer leur stress.

Plusieurs auteurs notent (Ackerson, 2003a, Boily et al., 2006, Brunette et al., 2002, Rogosch et al., 1992) que les adultes sont influencés par leur histoire personnelle, qui se reflète sur leur identité et sur l'exercice du rôle parental. Des adultes qui ont vécu des relations perturbées durant l'enfance auront tendance à les reproduire à l'âge adulte (Rogosch et al., 1992). Dans ce sens, des mères qui ont été abusées ou qui ont été victimes de négligence pourraient éprouver des difficultés à exercer leur rôle parental étant donné qu'elles n'ont pas bénéficié d'un modèle parental approprié durant leur enfance (Brunette et al., 2002, Nicholson et al., 2006). L'identité des mères atteintes d'un trouble mental et leur façon d'exercer leur rôle parental est influencées par leur histoire personnelle.

Selon Boily et ses collaborateurs (2006), « l'attitude du parent face à sa maladie facilite l'exercice du rôle parental » (p.100). L'acceptation de la maladie, la capacité d'introspection, l'engagement dans un traitement médical et psychosocial et la reconnaissance des impacts du trouble mental sur le bien-être des enfants sont des éléments qui influencent les capacités à exercer leur rôle parental pour les mères ayant un trouble mental (Mullick et al. 2001). Une étude faite par Mullick et ses collaborateurs (2001) conclue « qu'une capacité d'introspection par rapport à la maladie est susceptible de prédire une meilleure issue de la maladie, d'une meilleure

conformité à la médication et aux traitements psychosociaux et d'un meilleur fonctionnement vocationnel et social » (p.6). Lorsque ces mères démontrent une capacité d'introspection, elles montrent une plus grande disponibilité à recevoir de l'aide de services professionnels et un meilleur engagement au traitement médical et psychosocial (Mullick et al., 2001).

L'engagement dans le traitement médical procure généralement une stabilité au niveau de la symptomatologie ce qui permet à ces mères d'assurer leurs responsabilités parentales (Brunette et al., 2002). « Elles reconnaissent le besoin du traitement car elles ne veulent pas que la maladie gêne leurs compétences parentales » (Montgomery et al., 2006, p.25). Pour elles, la prise de la médication demeure le meilleur moyen de prendre soin d'elles sans quitter leur domicile. Mais, un suivi psychiatrique demeure la dernière alternative. Les mères, rencontrées par Montgomery et ses collaborateurs (2006), relatent que la prise de la médication les responsabilise dans leur traitement. Toutefois, elles mentionnent que la médication atténue leurs symptômes mais elle ne diminue pas leur souffrance. Les effets secondaires liés à la médication (sédation, irritabilité, manque d'énergie, somnolence...) peuvent influencer les capacités des mères à exercer leur rôle parental ce qui conduit certaines d'entre elles à la cesser (Brunette et al., 2002). La stabilité de leur symptomatologie est alors compromise et on peut assister à une augmentation des symptômes qui affectent les capacités des mères (Boily et al., 2006). D'autres mères mentionnent qu'un diagnostic erroné a entraîné une prise de la médication qui ne leur convenait pas et donc, elles ont éprouvé des difficultés supplémentaires à

gérer leurs symptômes et parallèlement à exercer leur rôle parental (Ackerson, 2003b).

Les mères ayant un trouble mental demeurent ambivalentes face à l'hospitalisation. L'hospitalisation permet à ces mères de se distancer de leurs enfants ce qui peut être aidant. Certaines mères considèrent l'hospitalisation comme un moment où elles réfléchissent à la signification qu'elles veulent donner à leur rôle de mères et devenir une nouvelle mère. L'hospitalisation peut également permettre aux enfants de ne pas être témoin des symptômes de leurs mères. Toutefois, certaines mères croient que l'hospitalisation augmente le risque de perdre la garde de leurs enfants (Montgomery et al., 2006). Bassett et ses collaborateurs (1999) rapportent également que ces mères s'inquiètent pour leurs enfants lorsqu'elles pensent à une hospitalisation future.

Éthier et ses collaborateurs (1992) considèrent que la présence d'un trouble mental et d'une consommation de drogue et/ou d'alcool entraînent un haut risque de négligence parentale. Nicholson et ses collaborateurs (2006) citent plusieurs études qui montrent un lien entre le trouble mental et l'abus de substances chez les mères et l'adoption de comportements négligents ou d'abus envers leurs enfants. Ces enfants sont également à risque d'éprouver des problèmes au niveau de leur santé mentale, de vivre de l'absentéisme scolaire, de consommer et de devenir délinquant (Nicholson et al., 2006). Éthier et ses collaborateurs (1992) constatent qu'un diagnostic du trouble mental seul peut aussi représenter un facteur de risque de comportements maltraitants chez les mères. Plusieurs auteurs (Boily et al., 2006, Buist, 1998, Nicholson et al., 2001) vont dans le même sens et indiquent que les mères atteintes d'un trouble

mental montrent davantage de difficultés à identifier les besoins de leurs enfants et à les satisfaire ce qui peut entraîner des comportements de négligence. Toutefois, le diagnostic n'est pas le seul indicateur pour évaluer le risque de la maltraitance chez les mères porteuses d'un trouble mental. On note que la sévérité et la chronicité des symptômes agissent davantage sur les capacités parentales que le diagnostic (Ackerson, 2003a, Benjet et al., 2003, Boily et al., 2006, Brunette et al., 2002, Mowbray et al., 2002, Rogosch et al., 1992, Thomas et al., 2003). Les symptômes ne sont pas toujours présents dans le temps et leur intensité varie. Lorsque des phases aiguës se présentent, les symptômes entravent davantage le fonctionnement social et affectent les capacités des mères à exercer leur rôle. Pour sa part, Buist (1998) rapporte que les enfants et les conjoints peuvent être troublés lorsqu'ils sont témoins de ces manifestations (hallucinations, propos délirants, tristesse, désespoir, colère, méfiance, anxiété...).

Nous explorerons brièvement les impacts des manifestations des troubles mentaux sur les capacités d'exercer le rôle parental chez les mères ayant un trouble mental. Nous portons une attention particulière aux symptômes plutôt qu'au diagnostic. Il est important de souligner que les manifestations du trouble mental varient d'une personne à l'autre et fluctuent dans leur intensité et dans le temps. Les mères qui ont un trouble mental ont « parfois perdu temporairement [leurs] pleines capacités parentales sans avoir perdu [leurs] compétences [qu'elles avaient] acquises avant la maladie, en ce sens nous pouvons parler de durée : les limites sont ponctuelles il est

possible que [les mères retrouvent] leurs capacités³ » (Boily et al., 1997, p.19). Les symptômes des troubles mentaux influencent la réponse des mères quant aux besoins de leurs enfants et elles sont susceptibles d'éprouver des difficultés à exercer leur rôle au quotidien lors d'une crise (Ackerson, 2003b). Par exemple, l'humeur ou la capacité à percevoir la réalité peuvent être atteints par les symptômes du trouble et affecter les capacités parentales (Boily et al., 2006).

D'abord, nous retrouvons dans la littérature (Diaz-Caneja et al., 2004, Nicholson et al., 1998a, Rogosh et al., 1992) que les mères ayant un trouble mental éprouvent des difficultés à distinguer leurs propres besoins de ceux de leurs enfants et peuvent nier leurs inquiétudes relatives aux soins à procurer à ces derniers. Elles ont tendances à prioriser les besoins de leurs enfants avant de répondre à leurs besoins ce qui peut avoir un impact négatif sur la stabilité de leurs symptômes. Elles peuvent également éprouver des difficultés à gérer les responsabilités quotidiennes, les besoins de leurs enfants et leurs propres besoins (Nicholson et al., 2006). Ces mères soulignent qu'elles assument bien souvent seules toutes les activités domestiques et celles reliées au rôle du parent tout en gérant les symptômes de leur maladie (Nicholson et al., 1998a).

Thomas et ses collaborateurs (2003) expliquent que le manque de motivation et d'initiative que ces mères peuvent ressentir sont également des éléments à considérer. Selon ces auteurs, le manque de motivation et d'initiative peuvent être soit des

³ Les termes entre crochets ont été adaptés à la structure de la phrase dans laquelle la citation est incluse.

symptômes du trouble mental ou des effets secondaires de la médication. Les mères qui sont peu motivées et qui démontrent peu d'initiative interagissent et s'impliquent moins auprès de leurs enfants, par exemple. Les mères atteintes d'un trouble mental estiment que la discipline est une responsabilité parentale qui nécessite du jugement, or elles considèrent que le leur peut être altéré par les symptômes de la maladie. Par exemple, elles sont susceptibles d'être trop indulgentes ou d'imposer une discipline excessive quand les manifestations du trouble sont plus envahissantes (Ackerson, 2003b). Elles ont des difficultés à établir les limites entre elles et leurs enfants ainsi qu'à les maintenir. Effectivement, au moment où les symptômes aigus de la maladie sont présents, il arrive que l'aîné prenne soin des autres enfants et du parent malade et qu'il assume la responsabilité des activités de la vie domestique. À ce moment, il peut être difficile pour certaines mères de reprendre leur autorité parentale une fois leur état de santé stabilisé (Ackerson, 2003b).

La majorité des études ont été menées auprès des mères qui souffrent d'un trouble dépressif (Mowbray et al., 2002). On remarque que les mères avec un trouble dépressif se montrent soit plus désengagées et plus retirées, ou soit plus intrusives et exercent alors plus de contrôle envers leurs enfants (Brunette et al., 2002). Elles interagissent moins avec leurs enfants et participent peu aux activités de leurs enfants (Ackerson, 2003a, Buist, 1998, Mowbray et al., 2002). Elles montrent de l'apathie et sont moins disponibles au plan émotionnel auprès de leurs enfants (Fudge et al., 2004). Elles sont moins attentives aux besoins de leurs enfants ce qui peut entraîner des comportements négligents (Ackerson, 2003a). L'effet sédatif de la médication peut aggraver la situation (Buist, 1998). Goodman et ses collaborateurs (1990)

rappellent que les mères dépressives ne présentent pas significativement davantage de difficultés que les mères qui n'ont pas un trouble mental. Toutefois, ces auteurs précisent que le fonctionnement social de ces mères est variable sur une période de temps. D'autre part, les mères qui ont des phobies d'évitement peuvent limiter les déplacements de leurs enfants hors de la maison et même questionner leur présence à l'école. D'autres mères vont encourager une propreté excessive qui se manifeste par une augmentation des soins d'hygiène tant pour leurs enfants que pour elles-mêmes (Buist, 1998).

Certaines mères ayant un trouble psychotique éprouvent des difficultés à établir des échanges mutuels, à maintenir un contact visuel et une relation saine avec leurs enfants (Ackerson, 2003a, Brunette et al., 2002, Craig, 2004, Goodman et al., 1990, Rogosch et al., 1992). Le non-verbal de leurs enfants est aussi plus difficile à déchiffrer pour elles (Ackerson, 2003a, Craig, 2004). Elles sont susceptibles de montrer plus de tension et de comportements inadéquats (Brunette et al., 2003). Lorsqu'elles ont des idées délirantes ou des hallucinations, leurs enfants et leur conjoint peuvent être affectés par celles-ci ou être inclus (Ackerson, 2003a, Brunette et al., 2002). À cause de leurs perceptions erronées, elles peuvent procurer des soins inappropriés ou adopter un comportement négligent ou abuseur envers leurs enfants (Fudge et al., 2004). Il est nécessaire de questionner ces mères à ce propos car elles peuvent croire protéger leurs enfants, alors qu'elles porteront plutôt préjudice à ces derniers (Buist, 1998, Brunette et al., 2002). Mais ces symptômes sont généralement limités dans le temps et leurs effets sont stabilisés par un traitement adéquat.

Selon Buist (1998), les troubles de la personnalité antisociale et limite sont les troubles qui portent possiblement le plus de préjudice aux enfants. Pour les individus qui ont un trouble de la personnalité antisociale (qui sont majoritairement des hommes), il est difficile d'évaluer le risque qu'ils représentent pour leurs enfants car ils adoptent des comportements manipulateurs et séducteurs. Buist (1999) remarque que les individus ayant un trouble de la personnalité antisociale prennent peu en considérations les besoins des autres. Nous pouvons supposer qu'ils éprouveront des difficultés à répondre aux besoins de leurs enfants. Les personnes avec un trouble de la personnalité limite (qui sont majoritairement des femmes) ont généralement subi des abus ou de la négligence durant leur enfance. Elles proviennent souvent d'un milieu qui n'a pu proposer un modèle parental adéquat. Certaines exerceront de façon appropriée l'exercice du rôle parental alors que d'autres, auront besoin d'un soutien (Buist, 1998).

2.1.2 Microsystème et mésosystème

Comme nous l'avons mentionné précédemment, le microsystème des mères est composé de leur conjoint, de leurs enfants, des membres de leur famille ou de leur appartenance à un réseau de pairs. Quant au mésosystème, il réfère aux interrelations qu'elles entretiennent avec ces personnes. Dans cette partie, nous décrirons chacune des composantes du microsystème des mères et les interrelations qu'elles entretiennent avec les composantes et leurs impacts sur l'exercice du rôle parental. D'abord, le microsystème renvoie également aux conditions socio-économiques dans lesquelles ces mères vivent. Les ressources financières et matérielles dont disposent

les mères influencent grandement leur qualité de vie. Mowbray et ses collaborateurs (2001) ont réalisé une étude quantitative portant sur la situation socio-économique et familiale des mères ayant un trouble mental. Cette étude met en évidence que 68% des mères vivent sous le seuil de la pauvreté et 57% sont insatisfaites de leur situation financière. Considérant que ces mères n'ont pas un revenu approprié, elles ressentent probablement un stress supplémentaire face à leur situation financière ce qui exacerbe leurs symptômes (Mowbray et al., 2000). À titre d'exemple, le fait d'avoir un revenu convenable apporte une sécurité pour les lieux physiques. Le niveau de stress peut être influencé par l'accessibilité à un logement adéquat, un quartier confortable, aux transports en commun et aux services. « Si l'environnement dans lequel les mères vivent est stressant, on peut croire que les ressources personnelles disponible pour exercer leur rôle parental sont minées » (Rogosch et al., 1992, p.472). Les capacités des mères à exercer leur rôle parental sont ainsi influencées par cette insécurité provoquant un stress supplémentaire. Ces mères ressentent en plus de la culpabilité étant donné qu'elles ne procurent pas à leurs enfants une sécurité financière (Ackerson, 2003b, Mowbray et al., 2000).

Comme nous l'avons expliqué précédemment, pour les mères, leur relation avec leurs enfants est significative et elles souhaitent la maintenir (Bassett et al., 1999). Toutefois, nous retrouvons dans la littérature que les enfants de ces mères sont confrontés aux conséquences des symptômes (Bassett et al., 2001, Bibou-Nikou, 2004, Craig, 2004, Fudge et al., 2004). Un lien d'attachement fragile entre les mères et leurs enfants peut également affecté ces derniers (Craig, 2004). Par conséquent, il est probable que certains enfants soient plus retirés, isolés, qu'ils éprouvent des

difficultés au plan des habilités sociales, adoptent davantage de comportements inappropriés pour recevoir l'attention de leur mère (Bassett et al., 2001, Thomas et al., 2003). Par ailleurs, les mères peuvent craindre de discuter du trouble mental avec leurs enfants. Par exemple, elles ont peur d'être jugés par eux (Bibou-Nikou, 2004, Thomas et al., 2003). Elles se questionnent également sur le moment opportun pour en discuter avec leurs enfants. Plusieurs caractéristiques individuelles des enfants dont leur âge, leur rang dans la fratrie, leur état de santé et leur personnalité ont des effets sur les capacités des mères à exercer leur rôle parental (Boily et al., 2006).

Le conjoint est également un acteur important auprès des mères. Les capacités des mères à exercer leur rôle parental peuvent être influencées par la relation qu'elles entretiennent avec leur conjoint. Les mères rapportent avoir besoin du soutien quotidien de la part de leur partenaire ou d'un membre de leur famille (Nicholson et al., 1998b). Une relation conjugale harmonieuse favorise une meilleure relation parent-enfant, car la présence d'un conjoint peut encourager les mères à porter les attentions nécessaires aux enfants (Nicholson et al., 1998b). Le conjoint est aussi susceptible de soutenir la mère dans son rôle lorsque les manifestations de la maladie sont présentes, ce qui a pour effet de protéger les enfants (Ackerson, 2003b, Boily et al., 2006). Leur relation conjugale peut être affectée par les symptômes du trouble mental lorsqu'ils deviennent plus envahissants chez les mères (Ackerson, 2003b). Mais la présence d'un conjoint ne favorise pas toujours l'exercice du rôle parental chez les mères ayant un trouble mental. Dans certaines circonstances, elle se sentent jugées et blâmées par leur conjoint (Mowbray et al., 2000, Nicholson et al., 1998b). Elles décrivent également leur conjoint comme des hommes qui peuvent abuser

d'elles, consommer de la drogue ou de l'alcool ou qui ont eux-mêmes un diagnostic d'un trouble mental (Nicholson et al., 1998b).

Les membres de la famille représentent un soutien important pour les mères ayant un trouble mental, surtout lorsque ces mères vivent une crise ou qu'elles sont hospitalisées (Ackerson, 2003b, Bassett et al., 1999, Craig, 2004). Ils peuvent alors prendre soin des enfants. Dans certaines circonstances, leurs relations peuvent être tendues, surtout si les mères craignent de perdre la garde de leurs enfants (Ackerson, 2003b). Des mères mentionnent également que les membres de leur famille ne comprennent pas réellement le trouble mental et ses impacts sur le fonctionnement social ce qui peut amener ces derniers à adopter une attitude blâmante et jugeante envers les mères (Nicholson et al., 1998b). Selon elles, l'attitude des membres de leur famille peut les confiner dans leur rôle de « malade ». Ils prennent alors des décisions à propos de leurs enfants sans solliciter leur opinion. Selon Nicholson et ses collaborateurs (1998b), ces mères peuvent se sentir envahies par leurs parents lorsqu'elles prennent soin de leurs enfants. Elles ajoutent parfois que, durant leur propre enfance, leurs parents ont pu adopter des comportements jugés dysfonctionnels. Par conséquent, elles se questionnent quant aux capacités de leurs propres parents à prendre soin de leurs enfants.

Mowbray et ses collaborateurs (2005) ont mené une recherche quantitative auprès de trois cents sept mères dont 65,5% d'origine afro-américaine, 33,9% d'origine autre qu'hispanique et d'origine américaine blanche et 0,7% d'origine latine. Le but de

cette recherche est d'évaluer l'impact du milieu de vie sur le bien-être des mères avec un trouble mental. Les auteurs rapportent que :

le soutien émotionnel provenant des membres de la famille est associé avec un meilleur fonctionnement social de ces mères, mais seulement pour les mères d'origine américaine blanche. Le support négatif a des effets négatifs sur la symptomatologie et le fonctionnement social autant pour les mères d'origine afro-américaines que les mères d'origine américaine blanche (p.52).

Nous pouvons croire que les mères, ayant un fonctionnement social limité, éprouveront des difficultés à exercer leur rôle parental.

L'appartenance à un réseau de pairs et les relations qui s'inscrivent à l'intérieur de celui-ci influencent les capacités parentales de ces mères. Celles qui bénéficient d'un soutien social montrent davantage de disponibilité à leurs enfants ce qui favorisent le développement d'un lien d'attachement (Ackerson, 2003b, Rogosch et al., 1992). Par ailleurs, les pairs peuvent proposer des modèles parentaux à ces mères et elles peuvent ainsi adopter des attitudes parentales plus appropriées. De plus, ce réseau de pairs offre l'opportunité à ces mères de créer des liens de confiance. Cet appui entre pairs contribue à une meilleure estime de soi et une disponibilité auprès des enfants (Rogosch et al., 1992). « À l'inverse, un réseau social limité entraînerait des difficultés parentales vu l'isolement dans lequel se retrouvent les mères et le peu de ressources sociales auxquelles elles ont accès » (Boily et al., 2006, p.108).

Les intervenants sociaux sont également une composante du microsystème des mères ayant un trouble mental. Ces intervenants peuvent soit travailler dans les services

pour les adultes ayant un trouble mental ou pour la Protection de la jeunesse. Leurs interventions auront également une influence sur les mères à exercer leur rôle parental. Comme nous l'avons mentionné précédemment, ces mères peuvent se sentir stigmatisées par les professionnels et donc, seront hésitantes à discuter de leurs difficultés à exercer leur rôle parental (Blanch et al., 1994, Diaz-Caneja et al., 2004). Ainsi, elles ne recevront pas les services dont elles ont besoin. Nous aborderons les perceptions des professionnels dans la seconde partie du chapitre, en utilisant le cadre conceptuel des représentations sociales.

2.1.3 Exosystème

L'exosystème renvoie aux lieux ayant une influence sur la vie des individus sans que ceux-ci aient toutefois une participation directe dans la prise de décision; nous pouvons penser aux décisions ministérielles quant à la réforme de la *Loi de la Protection de la jeunesse* ou aux politiques gouvernementales énoncées dans le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010*, en lien aux mères ayant un trouble mental. Dans son *Plan d'action en santé mentale 2005-2010*, le MSSS (2005) se donne comme objectif de diminuer les situations stigmatisantes pour les personnes atteintes d'un trouble mental. Pour se faire, des campagnes de sensibilisation et d'éducation seront élaborées afin d'informer la population et les intervenants sur les aspects du trouble mental. Quant à la *Loi de la Protection de la jeunesse*, elle impose un cadre précis aux mères en général mais également aux mères ayant un trouble mental, dans les cas de maltraitance envers les enfants, afin qu'elles retrouvent et maintiennent

leurs capacités à exercer leur rôle parental, sans quoi, elles perdront leurs droits parentaux.

2.1.4 Macrosystème

Le macrosystème regroupe tous ces niveaux écologiques, les valeurs, les croyances et les idéologies d'une société. Les valeurs sociétales influencent le regard que porte la société sur ces mères, plus encore elles affectent également la perception qu'ont les intervenants sociaux qui interviennent auprès d'elles. Comme nous l'avons mentionné précédemment, ces mères sont souvent victimes de stigmatisation et elles doivent prouver leurs compétences afin qu'elles ne perdent pas la garde de leurs enfants. D'ailleurs, Boily et ses collaborateurs (2006) soulignent que « pour mettre fin à l'isolement et à la discrimination, il faut éduquer et informer la population. La volonté d'informer doit notamment être omniprésente lors de l'élaboration des politiques en santé mentale » (Boily et al., 2006, p.174).

2.1.5 Chronosystème

Les mères présentant un trouble mental auront également à vivre de nombreux changements et des ruptures au cours de leur vie. Ces changements auront probablement un impact sur leurs capacités à exercer leur rôle parental. Toutefois, dans les écrits, nous n'avons pas été en mesure de recenser des recherches qui explorent ces aspects.

Dans le cadre de notre recherche, nous utilisons deux cadres conceptuels soit le cadre écologique et celui des représentations sociales. Le cadre écologique nous a permis de décrire la réalité des mères ayant un trouble mental en interaction avec les diverses composantes de leur environnement. Par ailleurs, nous nous intéressons également aux perceptions qu'ont les intervenants sociaux sur l'influence des manifestations du trouble mental sur la parentalité et nous croyons que leurs perceptions influencent leurs pratiques et donc le processus d'une évaluation du risque de la maltraitance et les éléments inclus dans celle-ci. Ce cadre nous permettra de comprendre leurs représentations sociales liées aux troubles mentaux et de voir de quelles façons elles influencent leurs pratiques professionnelles.

2.2 Les représentations sociales

« Les représentations sociales sont des ensembles de connaissances, attestées ou illusives, relatives au contexte des individus. Ces connaissances ont la particularité d'avoir été collectivement produites selon des processus socialement déterminés. Elles orientent les perceptions de l'environnement, les actions individuelles ou collectives et les communications » (Moliner et al., 2001, p.8). Durant les années 80, deux modèles théoriques de l'organisation interne des représentations sociales ont pris leur essor : le modèle du noyau (Abric, 1976) et les principes organisateurs (Doise, 1990, Moliner et al., 2001). Selon Abric (Abric dans Jodelet et al., 2003), les représentations sociales sont des structures cognitives qui présentent une stabilité et elles sont organisées autour d'un noyau central et d'éléments périphériques. Le noyau central précise la signification et l'organisation de la représentation. En fait, le

noyau central occupe deux fonctions. « Il est l'élément par lequel se crée ou se transforme, la signification des autres éléments constitutifs de la représentation. Il est ce par quoi ces éléments prennent un sens, une valence » (Abric dans Jodelet et al., 2003, p.215). Également, « c'est le noyau central qui détermine la nature des liens qui unissent entre eux les éléments de la représentation. Il est en ce sens l'élément unificateur et stabilisateur de la représentation » (Abric dans Jodelet et al., 2003, p.215). En d'autres termes, le noyau central est l'élément le plus stable de la représentation et par conséquent, il résiste au changement. Son absence apporterait une déstructuration ou un sens complètement différent à la représentation. Selon Abric, (dans Moliner et Gutermann, 2004) deux dimensions composent le noyau central. D'abord, la dimension fonctionnelle qui désigne la composante de l'action et des éléments appartenant aux activités liées au jugement ou à l'évaluation forment la dimension normative.

Moliner et Gutermann (2004) vont dans le même sens avec leur approche bidimensionnelle. Toutefois, les éléments appartenant au pôle descriptif ou au pôle éducatif peuvent autant se retrouver à l'intérieur du noyau central qu'aux éléments périphériques. Ces auteurs (Moliner et Gutermann, 2004) posent le constat suivant : tous les auteurs ne s'entendent pas « sur la manière dont s'imbriquent ou se combinent les différentes dimensions qu'ils évoquent mais ils s'accordent tous à penser que les éléments d'une représentation sociale peuvent jouer des rôles différents » (p.3).

Dans le cadre de ce travail, nous nous intéressons aux représentations que les intervenants sociaux partagent à propos des mères ayant un trouble mental. Le processus de catégorisation sociale permet à ce groupe de professionnels d'énumérer des éléments descriptifs à propos de ce groupe de mères alors que les composantes explicatives découlent d'un processus d'attribution (Moliner et Gutermann, 2004). L'attribution causale se produit lorsque ces deux groupes se fréquentent de plus en plus souvent. Le rapprochement entre ces deux groupes amène le sujet à se situer davantage dans l'explication que dans la description de son objet. Plus précisément, l'attribution causale « est un processus par lequel l'individu tente de trouver des causes aux événements auxquels il est confronté dans le but de prédire et de maîtriser la réalité » (Moliner et Gutermann, 2004, p.4). Il tente d'expliquer une réalité à laquelle il est confronté.

Selon Flament (Moliner et al., 2001, p.45), « les représentations déterminent les pratiques, les pratiques déterminent les représentations, il y a interaction entre représentations et pratiques ». Cet auteur rapporte que plusieurs recherches ont été menées et que leurs résultats démontrent que les représentations que certains sujets ont par rapport à des situations ou des événements orientent les comportements qu'ils adopteront.

2.2.1 Perceptions des professionnels de la situation

Les intervenants sociaux rencontrent des mères qui sont porteuses d'un trouble mental. Comment les perçoivent-elles? Comme nous l'avons mentionné

précédemment, peu de professionnels en santé mentale savent que leurs clientes sont mères (Alakus et al., 2007, Bibou-Nikou, 2004, Blanch et al., 1994, Brunette et al., 2002, Craig, 2004, Mowbray, 2001). Diaz-Caneja et Johnson (2004) rapportent que les mères rencontrées se disent satisfaites des services généraux qu'elles reçoivent sauf pour leurs besoins comme mère. Selon elles, un malaise ressenti par les intervenants sociaux persiste autour de la parentalité. Par exemple, pour elles, le fait qu'il n'y ait pas de garderie dans la clinique est un obstacle pour se rendre à leurs rendez-vous médicaux. Maybery et Reupert (2006) ont rencontré des intervenants travaillant dans les services pour adultes et ceux pour les enfants. Les professionnels ont rapporté qu'ils craignent que les mères rompent la relation d'aide s'ils abordent le sujet de la parentalité. Quant aux auteurs, ils remarquent que « les professionnels des services pour les adultes ont moins de connaissance et d'habiletés pour travailler avec les mères et leurs enfants » (Maybery et al., 2006, p.661).

Boily et ses collaborateurs (2006) rapportent qu'au Québec aucune étude ne porte sur l'étendue du phénomène de la parentalité des mères bénéficiant des services en santé mentale. Une méconnaissance persiste au regard de ce phénomène ce qui engendre une incompréhension de celui-ci auprès des professionnels.

Pour nombre de ces professionnels, le trouble mental grave est perçu comme une fatalité qui engendre des limitations constantes, chroniques et inéluctables et ils concluent à tort que le parent n'a pas les compétences parentales requises. Cette vision fataliste les amène à s'arrêter au diagnostic, à évaluer principalement les déficiences et les incapacités et, par conséquent, à mettre l'accent sur la protection de l'enfant (...). Bien malgré eux sans doute, les professionnels des milieux de la santé et des services sociaux contribuent à entretenir les préjugés à leur endroit et la

stigmatisation dont elles sont victimes et qui en fait un groupe social désavantagé quand ce n'est pas ghettoisé (Boily, et al., 2006, p.186).

Dans le *Plan d'action de Santé mentale 2005-2010*, le MSSS reconnaît que les personnes porteuses d'un trouble mental sont victimes de discrimination et de stigmatisation et peut empêcher quelques-unes d'entre elles d'aller chercher les services dont elles ont besoin. Le MSSS s'est fixé comme objectif de sensibiliser les intervenants à cette réalité (MSSS, 2005). Le diagnostic est perçu comme un facteur de risque alors que l'intensité et la gravité des symptômes ne sont pas prises en compte. Pourtant, l'intensité et la gravité des symptômes varient et influencent sur les capacités des mères à exercer leur rôle parental.

Parallèlement, les décisions de la Cour reflètent cet état de la situation. En ce qui a trait à la garde des enfants, Benjet et ses collaborateurs (2003) relèvent trois biais qui sous-tendent les décisions à la Cour : « un diagnostic passé ou présent prédit l'exercice inadéquat du rôle parental et une situation à risque pour l'enfant; un diagnostic prédit des difficultés à se conformer aux interventions visant l'exercice du rôle parental; un diagnostic signifie l'incapacité permanente d'exercer un rôle parental » (Benjet et al., 2003, p.238).

2.2.2 Les circonstances d'une évaluation du risque de la maltraitance

Les intervenants sociaux font une évaluation du risque de la maltraitance quand ils soupçonnent que la sécurité ou le développement d'un enfant est compromis.

L'article 39 de la loi de la *Protection de la Jeunesse* définit les circonstances où un professionnel doit procéder à un signalement.

Tout professionnel qui, par la nature même de sa profession, prodigue des soins ou toute autre forme d'assistance à des enfants et qui, dans l'exercice de sa profession, a un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est ou peut être considéré comme compromis au sens de l'article 38 ou au sens de l'article 38.1, est tenu de signaler sans délai la situation au directeur; la même obligation incombe à tout employé d'un établissement, à tout enseignant, à toute personne oeuvrant dans un milieu de garde ou à tout policier qui, dans l'exercice de ses fonctions, a un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est ou peut être considéré comme compromis au sens de ces dispositions (Loi de la Protection de la Jeunesse, L.R.Q., chapitre P-34-1, 2008).

Ils peuvent alors procéder à un signalement auprès de la Direction de la protection de la jeunesse en se référant à l'article 38 de la *Loi de la Protection de la Jeunesse* qui définit sur un plan légal les situations d'abus, de négligence ou de mauvais traitement psychologique. Nous référons le lecteur à l'annexe 1 afin de consulter les définitions de ces concepts.

Nous retenons aussi la définition d'Éthier et de ses collaborateurs (1992) car ils ont précisé ces situations d'un point de vue social. Ils divisent la maltraitance en deux catégories : la négligence et l'abus. « L'abus désigne les actes, volontaires ou involontaires, d'assaut et d'agression physiques ou émotifs envers l'enfant » (Éthier et al., 1992, p.14). L'abus peut se situer tant au niveau physique que verbal. Par exemple, des cris et des menaces qui peuvent jusqu'à terroriser l'enfant sont aussi considérés comme des abus.

« La négligence est un manque chronique de soins sur les plans de la santé, de l'hygiène corporelle, de l'alimentation, de la surveillance, de l'éducation ou des besoins affectifs, et qui met en péril le développement normal de l'enfant » (Éthier et al., 1992, p.14). L'absence ou l'insuffisance de comportements de la part du parent caractérise cette définition. Cette notion est imprécise car une « absence ou une insuffisance de comportements parentaux » suggère que notre société attend des comportements et des attitudes des parents en fonction des normes et des valeurs de celle-ci (Éthier et al., 1992). Ces valeurs et normes peuvent toutefois varier selon chaque individu et diffèrent d'une culture à l'autre.

La négligence peut être physique, émotive ou liée au développement. « La négligence physique est perçue comme la privation de besoins de base incluant la nourriture, l'habillement, l'abri et l'hygiène tandis que celle liée au développement est considérée comme privant l'enfant d'expériences nécessaires à la croissance et au développement, incluant la supervision et les soins pour promouvoir l'éducation, la santé et la santé mentale » (Palacio-Quintin et al., 1993, p.155). La négligence émotive se divise en deux catégories : de type général ou syndrome non-organique de retard de développement. Dans le cas d'une négligence émotive de type général, les parents ne sont pas en mesure de répondre aux besoins d'attention, de sécurité, d'estime de soi et à satisfaire les besoins émotionnels de l'enfant étant donné qu'ils présentent des difficultés à les identifier et à les définir. Dans l'autre cas, l'enfant présente un retard ou un arrêt de croissance et ce, en l'absence de raisons organiques (Palacio-Quintin et al., 1993). La négligence peut être soit circonstancielle ou

chronique. Il est nécessaire de différencier ces deux formes car l'aide et l'intervention apportées seront différentes.

Donc, « la négligence est un manque d'investissement alors que l'abus est un investissement négatif » (Éthier et al., 1992, p.14). Palacio-Quintin et Éthier (1993) précisent que la négligence et l'abus sont susceptibles d'être deux aspects d'un même processus. Ils rapportent que lorsque l'enfant est jeune et dépendant, les risques de négligence sont plus grands. Alors que quand il est grand et que pour le parent il est plus difficile d'appliquer une discipline, il commence à exercer une autorité de façon violente (Palacio-Quintin et al., 1993).

2.2.3 Éléments inclus dans une évaluation du risque de la maltraitance

Woodcock (2003) a interrogé quinze intervenants sociaux sur le processus d'une évaluation des capacités parentales dans un contexte où des familles vivent des problèmes familiaux et sociaux. Woodcock ressort quatre dimensions sur lesquelles les intervenants sociaux définissent l'exercice du rôle parental et évaluent leurs capacités parentales. D'abord, les parents doivent « prévenir le mal » c'est-à-dire qu'ils sont en mesure de protéger leurs enfants des abus physiques, émotionnels et sexuels et de la négligence. Il va sans dire que tous les parents n'adoptent pas ces comportements. Ensuite, les parents ont un minimum de connaissances sur les étapes de développement de leurs enfants et leur offrent une supervision en lien avec leur âge et leurs besoins. Par le fait même, le milieu familial propose une routine et une structure, qui permettent de sécuriser l'enfant et favorisent son développement.

Finalement, Woodcock rapporte que les intervenants sociaux jugent qu'aimer son enfant n'est pas suffisant pour être « un bon parent ». Ils notent que les parents doivent en prendre soin, démontrer un niveau d'affection et se montrer intéressés aux interactions avec leurs enfants.

Montambault et Simard (2004), dans le cadre d'une recherche portant sur le cheminement décisionnel des intervenants sociaux de la DPJ en contexte de placement d'enfants, relèvent plusieurs repères pour évaluer les capacités parentales. D'abord, les intervenants sociaux évaluent la capacité du parent à être disponible à son enfant et à représenter un modèle positif c'est-à-dire de le guider dans la vie. Ensuite, une autre dimension est la capacité du parent à offrir un encadrement, établir des limites et l'amener à respecter les règles établies. Également, le parent doit montrer ses capacités à stimuler son enfant en le soutenant, l'encourageant et en favorisant son développement de nouvelles connaissances et de son autonomie. Finalement, la capacité de répondre aux besoins de sécurité et d'affection de son enfant est une autre dimension évaluée par les intervenants sociaux.

Jacob et Laberge (2001) ont fait une étude sur les facteurs qui influencent les décisions prises par les intervenants sociaux travaillant à la DPJ aux étapes du signalement et de l'évaluation. Ces auteures relèvent quatre dimensions pour définir les caractéristiques du parent et de façon plus générale, celles de la famille : « matérielle, morale, intellectuelle et affective » (p.129). Dans ces quatre dimensions, nous retrouvons par exemple la capacité de donner les soins à son enfant, la présence ou non de problème de santé mentale ou physique, relations conjugales ou familiales

conflictuelles ou encore, une consommation d'alcool ou de drogue qui est problématique. « La capacité parentale fait également référence à l'attitude des parents vis-à-vis de la situation de même qu'à leur degré de motivation et de collaboration avec les intervenants. Le fait de reconnaître la situation ou encore de collaborer avec les services témoignent d'une volonté de changement de la part des parents, réduisant du même coup les risques pour l'enfant » (p.129).

Jacob et Laberge (2001) rapportent également que les « capacités du milieu » doivent être prises en compte lors de l'évaluation des signalements à la DPJ. Elles définissent les « capacités du milieu » comme étant les ressources qui peuvent être impliquées auprès de la famille pour la soutenir. Ces ressources peuvent être formelles (CLSC, organismes communautaires) ou informelle (famille, voisinage).

Dans le cadre de ce mémoire, l'évaluation portera sur le risque de la maltraitance. Soulignons que les mères atteintes d'un trouble mental peuvent perdre de façon temporaire ses capacités parentales mais elle a préservé ses compétences. Le concept « capacité » fait alors référence au temps et le parent a alors perdu provisoirement ses « capacités parentales » à répondre aux besoins de ses enfants (Boily et al., 1997).

La littérature (Boily et al., 2006, Brunette et al., 2002, Buist, 1998, Jacobsen et al., 1997, Mowbray et al., 1995, Nair, 2000) évoque de nombreux éléments qui sont inclus dans une évaluation du risque de la maltraitance chez les mères porteuses d'un trouble mental. Ces éléments peuvent être divisés en deux catégories : facteurs personnels et facteurs environnementaux. D'abord, il est nécessaire de questionner

ces mères sur leur perception au regard de leur parentalité (Mowbray, 1995). La façon dont elles parleront de leur rôle et de leurs enfants est une source d'informations précieuses (Buist, 1998, Nair 2000). Les caractéristiques personnelles des mères (âge de la personne, niveau de scolarité, expérience de travail, état civil), leur histoire personnelle, leur diagnostic, le nombre d'hospitalisations et leur fréquence sont des éléments à évaluer (Ackerson, 2003b, Boily et al., 2006, Nair, 2000). Buist (1998) suggère que les mères, souffrant d'un trouble psychotique, soient questionnées à propos de leurs idées délirantes ou de leurs hallucinations afin de savoir si leurs enfants sont inclus. L'évaluation du risque de suicide est aussi à considérer.

Il est important d'évaluer la capacité d'introspection des mères car celles qui démontrent cette capacité auront tendance à reconnaître la maladie et à reconnaître les effets sur leurs enfants et à adhérer à un traitement médical et psychosocial ce qui pourraient prédire de meilleures capacités parentales (Boily et al., 2006, Brunette et al., 2002, Mullick et al., 2001, Nair 2000). La consommation de drogue ou d'alcool ou la cooccurrence de plusieurs diagnostics sont des éléments à inclure dans l'évaluation (Boily et al., 2006, Nair, 2000).

L'environnement dans lequel ces mères et leurs enfants évoluent doit être pris en compte dans l'évaluation. L'accès aux ressources financières et matérielles est à considérer. Ensuite, la présence d'un conjoint et d'un soutien familial est aussi à prendre en considération. Les caractéristiques des enfants dont leur âge, leur nombre, leur rang, leur état de santé et leur tempérament sont à inclure dans l'évaluation

(Boily et al., 2006, Nair, 2000, Rogosch, 1992,). Il est important de tenir compte de l'accessibilité de ces mères à des groupes de soutien ou les liens avec des pairs.

Le parent, l'enfant et la famille doivent être rencontrés dans différents contextes pour mener une évaluation du risque de la maltraitance dans une perspective multidimensionnelle. Buist (1998) suggère d'observer les interactions entre les mères et leurs enfants même si ces aspects qualitatifs de la relation sont plus difficiles à évaluer et de rencontrer les membres du réseau formel et informel de la famille pour compléter l'évaluation (Nicholson et al., 1994). Cette évaluation doit être conduite de façon périodique car les troubles mentaux ne sont pas une réalité figée.

2.2.4 Difficultés rencontrées par les intervenants sociaux lors d'une évaluation

Plusieurs outils, tests développementaux et questionnaires sont disponibles pour évaluer les capacités parentales et leur utilisation est suggérée (Benjet et al., 2003, Boily et al., 2006). Toutefois, Jacobsen et ses collaborateurs (1997) recommandent une prudence lors de l'utilisation et de l'interprétation de ces tests. Généralement, les tests de projection, les profils de personnalité et les tests d'intelligence sont utilisés pour évaluer une population qui n'a pas un trouble mental (Mullick et al., 2001) et ne sont pas nécessairement appropriés pour les mères avec un trouble mental (Ackerson, 2003b) ce qui amènent des limites au plan méthodologique et qui est susceptible de donner des conclusions erronées s'ils sont utilisés hors contexte ou mal interprétés (Jacobsen et al., 1997). Plusieurs évaluations mesurent les habiletés parentales

optimales alors qu'un minimum de compétences parentales serait une norme plus adaptée à la situation. Également ces instruments ne prennent pas en compte les différences culturelles. Ces auteurs recommandent que les évaluations se déroulent dans plusieurs contextes étant donné la nature variable du trouble mental (Jacobsen et al., 1997).

Plusieurs auteurs dénoncent le manque de collaboration entre les services pour les adultes et ceux pour les enfants et la sectorisation de ces derniers (Ackerson, 2003b, Barbour, 2002, Brunette et al., 2002, Carrière, 2004) ce qui créent des difficultés supplémentaires pour les intervenants sociaux qui font une évaluation du risque de la maltraitance auprès de ces mères. Les perceptions diffèrent d'un intervenant social à l'autre, qu'il travaille dans les services pour les adultes ou ceux pour les enfants, ce qui entraînent une gestion du risque distincte. Les intervenants sociaux ont donc une spécialisation, un code de pratiques qui diffèrent ce qui amènent des réponses différentes pour un même cas, selon s'ils travaillent dans un service pour les adultes ou ceux pour les enfants. Une meilleure collaboration entre ces services est nécessaire pour permettre aux intervenants sociaux d'évaluer la globalité de la situation (Darlington et al., 2005). L'évaluation du risque de la maltraitance représente un défi pour les intervenants sociaux et les effets des erreurs de celle-ci peuvent être dommageables pour les mères et leurs enfants. Les mères qui présentent des comportements négligents mais ayant la garde de leurs enfants, ces derniers peuvent souffrir de négligence ou d'abus physique alors que les enfants séparés de leurs mères qui démontrent des capacités parentales adéquates peuvent ressentir une détresse émotionnelle.

Cette revue de la littérature nous a permis de voir la réalité des mères présentant un trouble mental. Nous avons également abordé l'évaluation du risque de la maltraitance chez les mères atteintes d'un trouble mental. Le cadre conceptuel écologique et celui des représentations sociales nous permettent de connaître les perceptions des intervenants sociaux à l'égard de la réalité des mères et de documenter un modèle d'évaluation en tenant compte des différents niveaux du cadre conceptuel écologique.

Chapitre 3

Démarche méthodologique

Cette partie de notre travail consiste à définir notre démarche méthodologique. D'abord, nous décrirons notre méthode de recherche et les types d'orientation de notre analyse. Nous présenterons aussi l'outil de cueillette de données, les critères d'échantillonnage et notre échantillon. Finalement, nous discuterons de notre stratégie d'analyse des données et les considérations éthiques de notre recherche. Comme nous l'avons mentionné précédemment notre question de recherche est : Comment et sur quoi les intervenants sociaux fondent-ils leur évaluation du risque de la maltraitance chez des mères qui présentent un trouble mental ? Pour répondre à cette question, nous avons quatre objectifs :

- Connaître les perceptions des intervenants sociaux quant à l'influence des manifestations du trouble mental sur la parentalité lors d'une évaluation du risque de la maltraitance chez des mères qui présente un trouble mental.
- Documenter le processus d'une évaluation du risque de la maltraitance et les éléments inclus dans celle-ci, dans une perspective préventive.
- Comprendre les éléments qui facilitent ou gênent lors du processus de l'évaluation du risque de la maltraitance.
- Suggérer un modèle d'évaluation du risque de la maltraitance.

3.1 Recherche qualitative

Pour notre projet de recherche, nous avons opté pour une méthode qualitative car « [elle privilégie] le point de vue des acteurs sociaux dans l'appréhension des réalités sociales » (Mayer et al., 2000, p.159). Cette méthode permet donc de connaître la perception des professionnels sur la réalité des mères ayant un trouble mental et de circonscrire leurs expériences sur le processus de l'évaluation du risque de la maltraitance dans le but d'explorer et de décrire leurs connaissances sur ce sujet. Nous nous sommes intéressée au point de vue et aux expériences des intervenants sociaux car peu de chercheurs les ont interrogés. Les auteurs américains ont beaucoup axé leurs recherches sur les effets des troubles mentaux sur les capacités parentales et sur le bien-être des enfants (Ackerson, 2003a, Dumais, 2004). Au Canada et au Québec, la situation est similaire. Dumais (2004) rapporte qu'une minorité des recherches porte sur les services nécessaires aux mères avec un trouble mental pour l'exercice de leur rôle parental alors qu'elles sont davantage concentrées sur la protection et le bien-être de l'enfant. La méthode qualitative favorise donc l'étude des conduites des intervenants sociaux lorsqu'ils sont dans un processus d'évaluation du risque de la maltraitance.

3.2 Critères pour la sélection des articles pertinents

Pour notre revue de la littérature, nous avons consulté les bases de données suivantes : *Medline* (1996-2007), *PsycInfo* (1987-2007), *Social Work Abstracts*

(1977-2007) et *Social Services Abstracts* (1999-2007). Plusieurs mots-clés combinés ont été employés :

- Mental disorders and mothers
- Mental health and mothers
- Mental illness and mothers
- Mental disorders and neglect
- Mental health and neglect
- Mental illness and neglect
- Mental disorders and assessment and mothers
- Mental health and assessment and mothers
- Mental illness and assessment and mothers
- Social worker and assessment and mental illness
- Social worker and assessment and mental health
- Social worker and assessment and mental disorders

Nous avons établi des critères afin de retenir que les articles pertinents en lien avec le sujet de notre recherche. D'abord, le sujet de ces articles devait porter sur la réalité des mères atteintes d'un trouble mental au regard de leur rôle parental. D'autres articles retenus discutaient du rôle des intervenants sociaux dans l'évaluation du risque de la maltraitance et des dimensions évaluées. Nous avons exclu les articles où les auteurs discutaient uniquement de la situation des enfants ou des familles de ces mères. Ensuite, nous avons choisi des articles dont les auteurs précisent les diagnostics en lien avec les troubles mentaux. Pour notre recherche, les écrits qui

trahaient des diagnostics des troubles de la personnalité, des troubles psychotiques et des troubles de l'humeur ont été sélectionnés. Nous avons également retenu les articles où les auteurs abordaient la cooccurrence des troubles mentaux et la toxicomanie. Toutefois, les articles dans lesquels les auteurs discutaient des troubles post-partum et de la cooccurrence des troubles mentaux et de la déficience intellectuelle ont été exclus.

3.3 Stratégie d'échantillonnage et de recrutement

La méthode non probabiliste a été privilégiée pour constituer notre échantillon. Celui-ci est composé d'intervenants sociaux volontaires. Pour recruter les intervenants sociaux, nous avons sollicité l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec. L'Ordre a fait parvenir un communiqué par Internet à ses membres demeurant dans la région montréalaise, en Montérégie et sur la Rive-nord. Ce communiqué décrivait notre projet de recherche et sollicitait la participation de ses membres. Nous avons également contacté les chefs de discipline du travail social de différents milieux hospitaliers. Nous avons communiqué avec les chefs de programme Enfance-Famille de divers CLSC. Ils ont expliqué notre projet aux intervenants sociaux de leur équipe. Les intervenants sociaux qui ont montré un intérêt pour notre recherche nous ont ensuite contactée. Lors d'un entretien téléphonique, nous nous sommes assurée qu'ils correspondaient à nos critères d'échantillonnage. Les intervenants sociaux devaient répondre aux critères suivants pour participer à notre recherche :

- Professionnels ayant une formation universitaire, soit de 1^{er} ou de 2^e cycle en service social.
- Professionnels en CLSC ou en milieu hospitalier.
- Professionnels qui interviennent actuellement auprès de mères atteintes d'un trouble mental (trouble psychotique, trouble de l'humeur et trouble de la personnalité) et qui ont des enfants âgés de 0 à 6 ans.
- Professionnels qui ont cinq ans d'expérience comme intervenant social dans le réseau de la santé et des services sociaux ou dans le réseau communautaire et au moins une année d'expérience auprès de cette clientèle.

Nous voulions rejoindre les intervenants sociaux provenant des CLSC et des milieux hospitaliers puisqu'ils sont amenés à évaluer les mères ayant un trouble mental dans une perspective préventive ce qui correspond à nos objectifs de recherche. Par ailleurs, nous voulions rencontrer des professionnels qui interviennent auprès de mères qui ont de jeunes enfants car, étant donné qu'aucun n'autre intervenant, par exemple scolaire, n'est impliqué auprès de l'enfant, ils sont les plus susceptibles d'être confrontés aux problèmes spécifiques que rencontrent ces mères. Également, ces enfants en bas âge sont davantage vulnérables et l'absence d'un réseau formel autour d'eux contribue à les isoler. Nous avons choisi des professionnels qui ont au moins une année d'expérience auprès de cette clientèle et qui interviennent présentement auprès d'elle car ils sont davantage outillés pour décrire ces mères, leur réalité et leur environnement.

Les intervenants sociaux de la DPJ ont été exclus de notre échantillon car ils n'ont pas comme mandat d'évaluer les mères ayant un trouble mental dans une perspective préventive alors que les objectifs de notre recherche sont axés sur cet aspect.

3.4 Caractéristiques de l'échantillon

Notre échantillon est composé de douze intervenants sociaux dont onze femmes et un homme. Neuf intervenants sociaux ont un baccalauréat en service social. Une intervenante a un diplôme de premier cycle en psychologie et une maîtrise en service social. Deux intervenantes ont un baccalauréat et une maîtrise en service social. En moyenne, les intervenants ont treize années d'expérience dont dix ans auprès d'une clientèle ayant des troubles mentaux.

Quatre professionnels travaillent en CLSC et huit, dans des hôpitaux généraux ou psychiatriques. La moitié des intervenants de notre échantillon intervient exclusivement auprès d'une clientèle qui présente des troubles mentaux dont des mères. Les autres professionnels de notre échantillon sont amenés à rencontrer des mères ayant un trouble mental, mais leurs fonctions les amènent également à intervenir auprès d'individus n'ayant pas un trouble mental. La moitié des intervenants a la possibilité de rencontrer des mères ayant des diagnostics de trouble psychotique, de trouble de l'humeur ou trouble de la personnalité. Trois intervenants interviennent exclusivement auprès d'une clientèle qui présente un trouble psychotique. Un intervenant rencontre uniquement une clientèle qui présente un

trouble de la personnalité. Deux intervenants rencontrent généralement une clientèle qui présente un trouble de l'humeur ou un trouble psychotique.

Le contexte et l'intensité de leur intervention sont variables. Deux professionnels interviennent pendant la grossesse des mères et offrent un court suivi après l'accouchement. Après quoi, les mères sont référées à d'autres services. Quatre intervenants suivent ces mères alors que leurs enfants sont âgés entre 0-12 ans dans le cadre des programmes Enfance/Famille ou Santé mentale du CLSC. Également, quatre professionnels interviennent auprès de ces mères dans le cadre de leur suivi à une clinique externe en psychiatrie. Un intervenant évalue ces mères lors de leur visite à l'urgence d'un hôpital et un intervenant rencontre ces mères dans le cadre de leur suivi à l'hôpital de jour. Indépendamment du contexte et de l'intensité de leur intervention, tous les intervenants de notre échantillon ont le mandat de réaliser des évaluations du risque de la maltraitance chez les mères atteintes d'un trouble mental.

3.5 Collecte de données

Pour recueillir nos données, nous avons rencontré les intervenants sociaux de notre échantillon dans le cadre d'une entrevue semi-structurée, constituée de questions ouvertes. Ces entretiens ont permis d'avoir une meilleure connaissance sur les pratiques et les expériences des intervenants sociaux. Notre entrevue se divisait en deux parties afin de répondre aux objectifs de notre recherche. Lors de la première partie de l'entrevue, nous explorions la réalité des mères ayant un trouble mental. Cette partie nous permettait de répondre au premier objectif de notre recherche qui

est de connaître les perceptions des intervenants sociaux quant à l'influence des manifestations du trouble mental sur la parentalité lors d'une évaluation du risque de la maltraitance chez des mères qui présentent un trouble mental. Plusieurs thèmes ont été abordés : 1) la réalité conjugale, sociale, familiale et économique de ces mères; 2) les perceptions des intervenants sociaux quant à l'appropriation du rôle parental par les mères ayant un trouble mental; 3) les perceptions des intervenants sociaux quant aux relations entre les mères et leurs enfants; 4) les perceptions des intervenants sociaux quant aux comportements que peuvent adopter leurs enfants; 5) le trouble mental et la parentalité.

La deuxième partie de l'entrevue consistait à discuter de l'évaluation et de son processus afin de répondre aux objectifs suivants de notre recherche : documenter le processus d'une évaluation du risque de la maltraitance et les éléments inclus dans celle-ci; comprendre les éléments qui favorisent ou gênent les intervenants lors du processus d'une évaluation et suggérer un modèle d'évaluation du risque de la maltraitance. Les thèmes suivants ont alors été discutés : 1) le contexte de l'évaluation; 2) les dimensions évaluées par les intervenants; 3) les conditions qui favorisent ou qui gênent le processus de l'évaluation en contexte de trouble mental; 4) le modèle de l'évaluation. Notre guide d'entrevue présentant davantage de détails sur le contenu des questions est disponible en annexe 2. Ce guide d'entrevue a été préalablement testé auprès de deux intervenants sociaux. Quelques modifications ont été faites par la suite.

Chaque entrevue a duré environ 90 minutes. Elles ont été enregistrées sur bande audio et retranscrites intégralement avec l'autorisation des participants. Les entretiens ont eu lieu dans le milieu de travail des intervenants sociaux, selon la date et l'heure qui leur convenait. En débutant l'entrevue, nous avons remercié les intervenants sociaux de participer à notre recherche. Par la suite, nous avons rappelé les objectifs de notre recherche. Les intervenants étaient ensuite invités à signer le formulaire de consentement (voir annexe 3). Un espace pour poser des questions sur l'un ou l'autre des aspects de la recherche était offert aux participants.

3.6 Stratégie d'analyse des données

Une analyse thématique a été privilégiée pour l'analyse de nos résultats. Nous avons pris en considération les perceptions, les expériences et les pratiques des intervenants en nous appuyant sur le cadre conceptuel des représentations sociales. « Avec l'analyse thématique, la thématization constitue l'opération centrale de la méthode, à savoir la transposition d'un corpus donné en un certain nombre de thèmes représentatifs du contenu analysé et ce, en rapport avec l'orientation de recherche » (Paillé et Mucchielli, 2003, p.124). En premier lieu, nous avons opté pour une « thématization séquentielle » (Paillé et Mucchielli, 2003) c'est-à-dire que nous avons relevé tous les thèmes pertinents en fonction des objectifs de notre recherche. Dans ce sens, une relecture de nos deux cadres conceptuels, le cadre écologique et celui des représentations sociales, a été nécessaire. Nous avons relevé une liste de thèmes que nous avons utilisée pour l'analyse de trois entrevues. D'autres thèmes ont alors émergé en cours d'analyse, thèmes que nous avons intégrés à notre liste. Notre arbre

thématique est composé de 17 thèmes et 70 sous-thèmes regroupés sous trois rubriques : A) l'ontosystème des mères ayant un trouble mental, B) le microsystème de ces mères, C) l'évaluation du risque de la maltraitance (voir annexe 4).

Les thèmes sous la rubrique de l'ontosystème sont : 1) caractéristiques personnelles, 2) histoire personnelle de la mère, 3) signification de la parentalité pour les mères, selon les intervenants, 4) description de l'exercice du rôle parental, 5) éléments autour de l'acceptation du trouble mental, 6) impacts des symptômes sur l'exercice du rôle parental, et 7) consommation de substances (alcool/drogues).

Le microsystème est composé des thèmes suivants : 1) conjoint, 2) famille, 3) enfant, 4) réseau des pairs, 5) conditions économiques et 6) intervenants.

Les thèmes qui font référence à l'évaluation du risque de la maltraitance sont en lien avec 1) contexte de l'évaluation, 2) dimensions personnelles, 3) dimensions environnementales, 4) facteurs qui favorisent ou gênent le processus d'évaluation. Toutes les entrevues ont été analysées à l'aide de ces thèmes et sous-thèmes. Bien entendu, ils ont été définis, préalablement à l'analyse de contenu. Pour l'analyse de nos données, nous avons utilisé le logiciel QDA Miner. Ce logiciel permet l'analyse de nos résultats en utilisant les approches qualitative et quantitative. À l'aide de ce logiciel, nous avons pu constater l'importance de certains thèmes en comparaison à certains autres, car il dénombre le nombre de fois qu'apparaît le thème chez chacun des participants. Chaque thème s'est vu accordé une importance relative pour l'analyse des données en fonction du nombre de participants qui l'abordait.

Toutefois, si un thème était peu discuté par les intervenants, cela ne voulait pas dire que nous l'excluons de nos résultats. Certains thèmes peu discutés se sont en effet révélés importants quant aux objectifs de notre recherche. Donc, nous les avons présentés dans nos résultats.

3.7 Considérations éthiques

Dans le cadre de notre recherche, nous avons rencontré des intervenants sociaux pour recueillir leurs points de vue, leurs expériences et leurs pratiques sur le processus d'une évaluation du risque de la maltraitance chez les mères atteintes d'un trouble mental. Dans le but de respecter les règles éthiques énoncées dans la politique sur la recherche avec des êtres humains de l'Université de Montréal, nous avons soumis notre projet de recherche au Comité d'éthique de la recherche de la Faculté des arts et des sciences. Notre certificat d'éthique a été délivré par ce Comité le 21 octobre 2006 (annexe 5).

Lors de notre recrutement, nous avons expliqué les objectifs de notre recherche. Nous avons remis une copie du formulaire de consentement à chacun des participants. Ce formulaire décrit le but de leur participation et les objectifs de la recherche. Avec leur autorisation, l'entretien a été enregistré sur une bande audio. Nous garantissons que leurs propos demeureront confidentiels. Pour ce faire, des noms fictifs leur ont été attribués. Nous ne publierons pas d'information qui permette d'identifier les participants de la recherche. De plus, nous avons conservé les renseignements dans un classeur sous clé situé dans un bureau fermé. Les bandes

audio ainsi que la retranscription de l'entretien sont conservées pour une durée de sept ans après la fin du projet. Nous avons également mentionné aux participants qu'il leur était possible de mettre fin à l'entrevue à tout moment, de se retirer de la recherche s'ils le souhaitaient ou de communiquer avec nous pour toutes questions. Ils pouvaient alors nous contacter à notre adresse courriel. Finalement, les coordonnées de l'ombudsman apparaissent sur le formulaire de consentement dans l'éventualité où les participants souhaiteraient communiquer avec ce service.

Maintenant que nous avons décrit notre démarche méthodologique, les participants à notre recherche et notre méthode d'analyse de nos données, nous nous tournerons à présent vers la description des résultats de notre recherche en lien avec nos objectifs ce que nous ferons dans le prochain chapitre.

Chapitre 4

Présentation des résultats

Ce chapitre a pour objectif de présenter les résultats de notre recherche. Comme nous l'avons mentionné précédemment, nous avons retenu l'analyse qualitative thématique afin de répondre à nos objectifs. Les résultats de notre recherche seront présentés en deux parties. D'abord, nous dresserons un profil des mères et des relations qu'elles entretiennent avec leur entourage selon les propos et les perceptions des intervenants sociaux. Pour ce faire, nous utiliserons les dimensions du cadre conceptuel écosystémique. Parallèlement, nous présenterons les résultats portant sur l'évaluation du risque de la maltraitance chez les mères ayant un trouble mental en lien avec chacune de ces dimensions. Finalement, nous discuterons des éléments qui favorisent ou qui gênent le processus d'une telle évaluation.

4.1 Portrait des mères

4.1.1 Appropriation du rôle parental chez les mères ayant un trouble mental

Dans le cadre des entrevues que nous avons menées auprès des intervenants sociaux, nous avons recueilli leurs propos quant à la signification de la parentalité pour les mères aux prises avec un trouble mental. D'abord, nous constatons que la moitié des intervenants sociaux rencontrés perçoivent que ces femmes sont heureuses d'être enceintes et qu'elles veulent investir ce rôle. Elles sont fières de devenir mère.

Quelques répondants croient que la grossesse et l'accouchement peuvent devenir des moments déterminants pour ces femmes. La naissance d'un enfant peut être un moment idyllique leur permettant de retrouver l'espoir d'un avenir prometteur, les encourageant à se mobiliser. Par exemple, certaines mères s'impliquent davantage dans leur traitement et dans leur suivi pour le bien-être de leurs enfants, selon les participants. Les propos de l'intervenante H sont très révélateurs quant à cette situation :

« elle a réussi à surmonter pis avec sa médication, elle est devenue mieux, elle a eu un copain et pour elle c'était comme je te dirais devenir mère c'était donner la vie après le marasme qu'elle a connu » (Intervenante H).

Pour les femmes ayant un trouble mental, être une mère leur permet d'avoir un rôle dans la société, car il semble qu'elles ont une identité fragile et qu'elles se cherchent, selon les propos des participants. Elles éprouvent des difficultés à s'intégrer dans la société étant donné qu'elles se sentent étiquetées à cause de leur trouble mental. Par exemple, les répondants de notre recherche ont rapporté qu'elles peuvent vivre de la stigmatisation de la part des intervenants ou d'autres parents lorsqu'elles intègrent des groupes réguliers au CLSC, comme les groupes prénataux. Ces intervenants qui animent les groupes ne sont pas ceux qui offrent un suivi individuel auprès des mères ayant un trouble mental. Ces derniers peuvent alors éprouver un malaise à discuter avec elles car ils ont une méconnaissance de leur réalité.

Les participants qualifient ces mères d'aimantes et de combattantes c'est-à-dire qu'elles souhaitent créer pour leurs enfants un milieu de vie où ils pourront

s'épanouir et se sentir aimer. Elles montrent également une bonne capacité de résilience. Malgré les difficultés rencontrées par certaines mères soient pendant leur enfance ou à l'âge adulte, leur espoir de partager un avenir meilleur avec leurs enfants n'est pas amoindri. Selon les répondants, il arrive que des mères qui ont des idées suicidaires ou des gestes automutilateurs les cessent par amour pour leurs enfants. Leurs enfants deviennent une raison pour elles de vivre et de se rétablir. Elles veulent se sentir mieux pour assurer un bien-être à leur enfant. *Elles veulent bâtir, réaliser quelque chose pour elle et leurs enfants* (Intervenante B).

Dans d'autres circonstances, en nous basant sur les propos des répondants, des mères enceintes voient leur ventre comme un étranger, symbolisant leurs craintes liées à leur nouveau rôle, ce rôle procurant des joies mais également amenant des responsabilités supplémentaires « *je ne suis pas juste une femme, je vais être une mère aussi* » (Intervenante I).

Unanimement, les intervenants perçoivent que les mères se considèrent rarement comme de « bonnes mères ». Elles ont tendances à se dévaloriser face à ce rôle. Elles se sentent anxieuses et insécurisées face à leurs responsabilités parentales et elles doutent de leurs compétences parentales. Selon les répondants, le manque d'expérience auprès de jeunes enfants pourrait expliquer ce sentiment. Par exemple, elles n'ont pas eu la responsabilité d'enfants pendant leur adolescence ou elles ont été rarement en contact avec de jeunes enfants. Par ailleurs, les participants rapportent que les mères aux prises avec un trouble mental ont tendances à ressentir de la culpabilité face à leurs enfants dans plusieurs circonstances. Lorsque les

manifestations du trouble mental sont plus envahissantes, comme par exemple, la tristesse, l'épuisement ou les hallucinations auditives, elles éprouveront des difficultés à jouer avec leurs enfants ou à répondre à leurs besoins de base, d'après les observations des participants. Elles peuvent alors se sentir honteuses et désemparées face au bien-être de leurs enfants. Les participants soulignent que si en plus, elles se comparent aux autres mères qui n'ont pas un trouble mental, leurs sentiments d'incompétence et d'incapacité peut être renforcés. Les intervenants sociaux mentionnent que les mères qui ont également conscience des impacts de leur consommation d'alcool et/ou de drogues passée ou présente craignent les effets physiologiques et psychologiques sur leurs enfants.

Les répondants rapportent un sentiment de dépendance chez la plupart des mères envers leur entourage pour exercer leur rôle parental, ce qui vient confirmer en quelque sorte leur « incapacité » à assumer leurs responsabilités parentales. Les participants relèvent que ce sentiment de dépendance provient du fait qu'elles ont généralement besoin de soutien de la part des membres de leur famille ou de leur conjoint afin d'assumer les responsabilités reliées au rôle parental et aux tâches quotidiennes et domestiques. Elles ont également besoin de leur encouragement pour se sentir valorisées dans leur rôle de mère. Par exemple, la lourdeur des responsabilités, particulièrement durant les premiers de mois de vie de leur enfant, peut les entraîner dans un questionnement quant à l'appropriation de leur rôle. En effet, les intervenants soulignent que certaines mères constatent qu'un nouveau-né demande davantage d'attention. Par exemple, elles peuvent trouver difficile de se lever la nuit pour les boires de l'enfant ou lorsqu'il a des coliques et qu'il pleure

durant un long laps de temps. D'après les participants, certaines mères décideront de ne plus avoir la garde de leurs enfants car elles ne se sentent pas en mesure d'assumer leurs responsabilités parentales et celles du quotidien et en même temps gérer les symptômes de leur trouble mental. Une telle décision demande beaucoup d'humilité et de respect d'elles-mêmes, ce choix étant évidemment déchirant pour elles. Cette décision vient en quelque sorte confirmer qu'elles ne sont pas en mesure d'accomplir leur rôle de mère. Elles peuvent se sentir cataloguées de devoir mettre fin temporairement ou de façon permanente à leur rôle de mère.

Par ailleurs, la grossesse n'est généralement pas planifiée chez les femmes que les intervenants sociaux rencontrent. Une répondante a parlé de « planification accidentelle » en ce sens qu'elles ne prennent pas de moyen de contraception et ont une vie sexuelle active. D'autres participants ont rapporté que certaines femmes peuvent avoir des idées erronées sur la façon dont on peut devenir enceinte. Par exemple, des femmes croient qu'en adoptant certaines positions sexuelles, elles ne pourront pas devenir enceinte. Une autre intervenante a mentionné que parfois, ces femmes apprennent qu'elles sont enceintes très tard durant leur grossesse et qu'elles ne peuvent donc plus se faire avorter. D'après leurs expériences, les intervenants ont formulé quelques hypothèses pour expliquer cette situation. D'abord, des mères éprouvent des difficultés au niveau de leur fonctionnement social au quotidien ce qui se traduit par une sensibilité mitigée quant au changement qui se produit à l'intérieur de leur corps :

« cette difficulté à se prendre en main, une certaine désorganisation qui fait qu'elles ne sont pas en contact avec leur corps et qu'elles n'ont pas cette discipline comme d'autres gens »
(Intervenante J).

Ensuite, selon les intervenants interrogés, certaines femmes vivent dans un contexte de violence conjugale. Elles craignent alors la réaction de leur conjoint à l'annonce de la grossesse ce qui est susceptible de miner leur désir de reconnaître la réalité. Certaines mères ont déjà vécu un avortement et ne veulent pas revivre cette expérience. Certaines d'entre-elles ont jugé cette expérience douloureuse car elles ont regretté par la suite leur décision ou encore, l'avortement s'est fait sous l'insistance des proches, d'après les intervenants rencontrés. Lorsque la grossesse n'est pas planifiée et que les mères apprennent tardivement qu'elles sont enceintes, les intervenants sociaux relèvent deux conséquences. D'une part, elles ne sont généralement pas prêtes à accueillir leur enfant. Par exemple, elles n'ont pas de berceau ou de vêtements pour leur bébé. D'autre part, elles n'ont pas bénéficié d'un suivi obstétrique durant leur grossesse et donc, l'accouchement peut comporter certains risques. Le bébé n'a pas la bonne position pour un accouchement naturel, par exemple ou encore, elles auraient pu souffrir du diabète de grossesse. Ainsi, elles n'ont pas été en mesure d'anticiper les problèmes médicaux qui peuvent survenir tout au cours de la grossesse ou au moment de l'accouchement, selon l'expérience des répondants interrogés.

Un signalement à la DPJ demeure une crainte pour ces mères, selon la perception de quelques participants. Ils précisent que ces mères appréhendent la possibilité que les intervenants sociaux procèdent à un signalement. Les participants rencontrés

soulignent que lorsque les mères ont déjà eu un suivi avec la DPJ, pendant leur enfance, il peut être complexe d'établir un lien de confiance avec elles. Redoutant un signalement, elles sont susceptibles d'hésiter à se confier sur les difficultés qu'elles éprouvent en lien avec leur rôle parental. Quelques intervenants sociaux ont mentionné qu'au moment où un signalement est fait, ces mères, informées de cette situation, ont peur de perdre la garde de leur enfant et un moment de panique peut s'en suivre. Une intervenante a mentionné qu'un signalement à la DPJ peut devenir un moment déterminant pour la mère et son enfant. Elle croit que l'intervention de la DPJ peut conscientiser les membres de la famille et le conjoint aux difficultés que rencontrent la mère et donc, ils peuvent alors se montrer davantage disponible à apporter un soutien à la mère qui correspond à ses besoins. Ou alors, l'intervenant et la mère constatent que peu de support lui est offert de la part de ses proches et donc, dans ces circonstances, elle ne peut plus avoir la garde de son enfant considérant le faible filet de sécurité :

« quoique dans certains dossiers, les signalements, ça été salubre parce que c'est ce qui a permis au gens de réaliser que c'était important, que c'était sérieux, ça mobilisait les personnes, ou au contraire, ça permis de dire bon ben là, on ne peut plus permettre à cet enfant là d'être en relation avec cette mère là, ce n'est pas possible » (Intervenante K).

Dans le cadre de l'évaluation du risque de la maltraitance, les intervenants sociaux prennent en considération les perceptions des mères quant à leur rôle parental. En fait, ils jugent que les perceptions de ces mères sont susceptibles d'influencer la façon dont elles vont s'approprier leur rôle. La manière dont elles décrivent leur rôle parental renseigne les répondants sur leur degré de satisfaction. *Se sent-elle valorisée*

ou incompétente par ce rôle? Ressent-elle de la culpabilité face à ses enfants? Comment parle-t-elle de ses responsabilités parentales? Ces questions permettent de mieux comprendre comment les mères s'approprient leur rôle parental et si elles ont les capacités d'assumer leurs responsabilités parentales, d'après l'expérience des participants rencontrés.

Selon les intervenants sociaux, l'adaptation de ces mères à leur nouveau rôle peut dépendre de leurs motifs à devenir mère. *Est-elle enceinte parce qu'elle a perdu la garde d'un de ses enfants? Est-elle enceinte car elle ressent un vide au plan affectif?* Les circonstances de la grossesse sont également évaluées par les répondants. *À quel mois de la grossesse a-t-elle su qu'elle était enceinte? A-t-elle dissimulé sa grossesse à son conjoint et à ses proches? Pour quelles raisons? Comment a-t-elle vécu sa grossesse?* Quelques intervenants regardent si les mères ont déjà eu dans le passé un signalement ou un suivi avec la DPJ. Finalement, une intervenante a mentionné qu'elle prend en considération les forces des mères lorsqu'elle fait son évaluation. Les questions et les éléments soulevés plus haut sont des indicateurs pour les répondants lors de l'évaluation du risque de la maltraitance. Ils évaluent également d'autres aspects que nous aborderons dans les prochaines parties.

Selon les propos recueillis auprès des intervenants sociaux, certaines caractéristiques personnelles des mères peuvent les influencer dans l'appropriation de leur rôle et peuvent également avoir un impact sur leurs capacités à exercer leur rôle parental. En nous basant sur les propos des participants, ces caractéristiques sont l'âge de la mère, son histoire personnelle, sa situation au plan scolaire, économique et l'emploi.

D'abord, la majorité des intervenants sociaux observe que souvent ces mères ont vécu une enfance difficile. Plusieurs intervenants relèvent qu'elles ont subi des abus physiques ou sexuels ou encore, qu'elles ont eu des mères punitives ou contrôlantes. Quelques répondants mentionnent que les parents de ces mères ont eu un trouble dépressif ou un trouble psychotique. Ces circonstances entourant l'enfance des mères ayant un trouble mental ont amené la moitié des intervenants à poser un constat : ces mères ont bien souvent eu une histoire avec la DPJ. Par exemple, elles ont eu un suivi ou un placement dans une famille d'accueil. Ces mères ont ainsi bénéficié d'un modèle parental peu approprié et elles sont déçues quant à l'éducation qu'elles ont reçue, d'après les propos des participants. Par conséquent, ces mères, étant donné leur enfance difficile, peuvent avoir des difficultés à reconnaître les formes d'abus et à protéger leurs enfants. D'après l'expérience des intervenants sociaux, les mères qui ont eu des difficultés pendant leur enfance, ne veulent pas répéter les erreurs de leurs parents. Elles aspirent à être meilleures que ceux-ci : « *Elles veulent réparer quelque chose mais bien souvent, elles n'ont pas les outils, ni psychologiques, ni affectifs, pour le faire* » (Intervenante G).

Selon quelques participants, l'âge à laquelle les mères ont leur enfant est un élément à considérer car il peut influencer leurs capacités à assumer leurs responsabilités parentales. Lorsqu'elles sont plus jeunes, elles sont sujettes à présenter des comportements immatures qui affecteront leurs capacités à exercer leur rôle parental. Les intervenants ont donné l'exemple que les mères plus jeunes ont tendance à vouloir sortir avec leurs amies. Alors que lorsqu'elles sont plus âgées, les répondants

supposent qu'elles ont acquis davantage de connaissance et de maturité pour se consacrer à leur rôle et pour accepter et assumer leurs responsabilités.

La moitié des intervenants que nous avons rencontrée révèle que les mères ayant un trouble mental ont rarement un emploi. Cet état ne favoriserait pas le développement de l'estime de soi chez elles. Elles peuvent se sentir dévalorisées du fait de ne pas occuper un emploi stable. Si elles sont sur le marché du travail, les participants constatent que leur emploi est précaire. Par exemple, ces emplois n'offrent pas d'avantages sociaux. D'autres intervenants ont souligné que des mères semblent éprouver des difficultés à s'intégrer dans leur milieu de travail et qu'elles sont alors susceptibles de vivre des conflits avec leurs collègues ou employeur.

Au niveau de la scolarité, la situation est similaire. La moitié des intervenants soulève que les mères sont peu scolarisées et qu'elles ont peu de motivation pour retourner aux études. Certaines réussissent à obtenir un diplôme d'études collégiales ou post-secondaires. Les intervenants perçoivent que les mères qui sont plus scolarisées ont généralement davantage de capacités et de compétences pour exercer leur rôle parental. Ils évoquent que pour poursuivre des études, il faut que les mères montrent un sens de l'organisation, de la planification, de la concentration et fassent preuve de discipline. Ces habiletés aident aussi ces mères dans l'accomplissement de leur rôle parental. Par ailleurs, les répondants remarquent que des manifestations du trouble mental peu envahissantes ou pas présentes favorisent également l'exercice du rôle parental chez ces mères. La réussite des études renforce leur estime ce qui peut avoir un impact sur la façon dont ces mères se perçoivent comme mères.

La majorité des intervenants sociaux ont mentionné que les mères vivent dans des conditions économiques précaires. La plupart des mères qui ne travaillent pas reçoivent de la sécurité du revenu. Selon quelques intervenants, cette situation a un impact sur leur rôle parental. Ils rapportent qu'elles peuvent ressentir de la culpabilité car elles ne peuvent pas offrir tout ce qu'elles souhaitent à leurs enfants. De plus, les déplacements peuvent être compliqués étant donné qu'elles se déplacent en transport en commun pour aller à leurs rendez-vous ou pour faire leurs courses ce qui peut amener un stress supplémentaire, d'après l'expérience des intervenants sociaux. Pour l'évaluation du risque de la maltraitance, la plupart des intervenants sociaux regardent les conditions matérielles d'existence dans lesquelles les mères vivent et apporte le soutien nécessaire pour améliorer leurs situations. Ils portent une attention particulière à l'état des provisions alimentaires que la mère a. Ils regardent si la mère a les meubles nécessaires pour son enfant. Ces aspects permettent aux intervenants d'évaluer si les besoins de base pour l'enfant sont comblés. Les problèmes financiers que peut avoir une mère sont également pris en considération car ils ont un impact sur ses capacités à exercer son rôle parental, selon les participants rencontrés. Par exemple, lorsqu'une mère a de nombreux soucis financiers, elle peut éprouver des difficultés à combler les besoins affectifs de son enfant, étant préoccupée par sa situation financière. Une intervenante a mentionné qu'elle évalue la stabilité au niveau de l'hébergement car il est important pour la sécurité de l'enfant qu'il vive dans un endroit sécuritaire.

4.1.2 La relation entre les mères et leurs enfants

Deux modèles de relations mère-enfant ont été décrits par les participants de notre recherche. D'abord, ils rapportent que certaines mères souhaitent créer un lien affectif avec leurs enfants. Elles veulent être une personne significative pour eux et qu'ils aient confiance en elles. Elles tenteront de créer un lien affectif avec leurs enfants en leur montrant des marques d'affection, en partageant des moments de plaisir avec eux et en leur apportant la protection dont ils ont besoin, selon les observations des répondants. Par exemple, elles pratiquent des activités avec leurs enfants, comme lire une histoire où elles créent un moment plus intime avec ces derniers. Quelques intervenants sociaux observent que certaines mères entretiennent une relation fusionnelle avec leurs enfants. Ils rapportent qu'elles adoptent un comportement de surprotection envers eux, par crainte qu'ils leur arrivent malheur. Les propos de l'intervenante M. sont révélateurs à ce propos :

« La petite enfance, c'est des parents qui ont peu de contacts avec l'extérieur, qui n'ont plus d'amis, qui n'ont pas de réseau; donc, mon enfant vit avec moi dans une bulle pendant... jusqu'à temps qu'il aille à l'école et ... euh... je le surprotège, je ne le mets pas en contact avec l'extérieur parce que j'ai peur moi, l'extérieur me fait peur alors, je ne vais pas aller à ... à ... je ne veux pas que lui non plus vive (...)c'est dans le fond c'est de le surprotéger parce que le monde extérieur est épeurant, pis il est à risque et pour moi et pour lui » (Intervenante M).

En nous basant sur les propos des répondants, l'autre modèle de relation mère-enfant est davantage tourné vers les besoins de base. Les intervenants sociaux interrogés rapportent que pour certaines mères, la parentalité signifie principalement répondre aux besoins de base de leurs enfants. Ils soulignent qu'un lien affectif est alors peu

établi par ces mères avec leurs enfants. Leurs enfants sont alors perçus comme des contraintes dans le sens où la parentalité impose des obligations supplémentaires qu'elles doivent assumer, selon les propos des répondants. Il semble que l'idée de développer un lien affectif avec leurs enfants et de partager du plaisir avec eux est peu présente chez elles. Par conséquent, si elles s'amuse peu avec leurs enfants et qu'elles se concentrent uniquement sur leurs responsabilités parentales, il est probable que pour ces mères, leurs enfants amènent des exigences additionnelles dans leur vie, selon les intervenants rencontrés. Par ailleurs, les intervenants relèvent que pour ces mères, il ne va pas de soi qu'elles feront des activités avec leurs enfants pour stimuler leur développement. Les participants de notre recherche ont émis deux explications pour tenter de comprendre cette situation. Possiblement que pour certaines mères, les symptômes du trouble mental sont trop envahissants. Dès lors, il peut être difficile pour elles de développer un lien affectif avec leurs enfants. Pour d'autres mères, elles n'ont pas, durant leur enfance, eu cette possibilité de faire des activités avec leurs parents et de partager des moments de plaisir avec eux et n'ont donc pas eu un modèle parental.

De plus, l'enfant peut devenir un fardeau pour les mères présentant un trouble mental lorsque les manifestations sont davantage envahissantes car malgré leur état psychiatrique fragile, elles doivent continuer à assumer les responsabilités parentales dont combler les besoins de base de leur enfant, selon les propos des participants. Les répondants soulignent qu'elles ont alors à gérer simultanément leurs symptômes et leurs responsabilités reliées au rôle de mère. Quelques intervenants ont remarqué que généralement ces mères n'abusent pas physiquement de leurs enfants. Par

ailleurs, la relation entre ces mères et leurs enfants est souvent marquée par des séparations, d'après l'expérience des répondants. Par exemple, au cours d'une hospitalisation, les mères ont peu de contacts avec eux. D'autres mères ont la garde partagée de leurs enfants avec un proche et donc, ne peuvent le voir que quelques jours par semaine. Les intervenants sociaux supposent que ces ruptures fragilisent le lien entre les mères et leurs enfants.

La plupart des intervenants sociaux ont été en mesure de nous parler des enfants et de ce qu'ils vivent au quotidien. Certains interviennent directement auprès des enfants, alors que d'autres connaissent leurs situations car ils ont soutenu leurs mères dans leurs difficultés liées à l'exercice de leur rôle parental. Quelques intervenants ont observé que ces enfants sont susceptibles de présenter des retards au niveau de leur développement et de leurs apprentissages. Des intervenants remarquent également qu'ils peuvent présenter des troubles de comportement comme de l'hyperactivité et une difficulté à écouter les consignes. Par exemple, ils courent partout dans une salle d'attente. Des déficits aux niveaux de l'attention et de la concentration sont parfois aussi constatés par les intervenants.

Ou alors, au contraire, ces enfants sont très calmes, voire « trop » calmes, selon les intervenants. Ils font peu de demandes et ils sont plutôt retirés, d'après les perceptions des intervenants. La loyauté envers leur mère est une caractéristique de ces enfants, selon quelques intervenants ce qui se traduit par une protection des enfants envers leur mère. Ils ont peur des réactions de leur mère et peuvent donc hésiter à dévoiler des éléments de leur quotidien à d'autres adultes. Les répondants

ont observé que lorsque les enfants sont plus âgés, ils sont susceptibles de prendre soin de leur mère quand elle va moins bien ou encore, l'aider à exécuter les tâches ménagères. Une intervenante souligne que dès l'âge de 3-4 ans, certains enfants développent un grand sens de l'autonomie et se fient sur eux-mêmes. Ils peuvent également rechercher à créer des liens avec les autres adultes qui les entourent, d'après les perceptions des répondants. Des intervenants ont souligné que lorsque la relation mère-enfant est adéquate, l'enfant se montre suffisamment prudent et ouvert dans le sens où il prend le temps de connaître les inconnus avant de les approcher.

Au moment de l'évaluation du risque de la maltraitance, la moitié des participants de notre recherche a mentionné qu'elle évalue la relation mère-enfant. Les participants observent alors les interactions entre les mères et leurs enfants et le degré d'attachement entre eux. Certains intervenants sociaux portent un regard sur la façon dont elles décrivent leurs enfants afin d'évaluer la relation. Selon les répondants, les propos des mères à l'égard de leurs enfants sont révélateurs de leur relation. Par exemple, le trouvent-elles tannant ou trop gâté? *L'enfant recherche-il la présence de sa mère? Un contact visuel entre la mère et son enfant est-il établi?*

*« Ce n'est pas possible de faire une évaluation sans voir les deux ensembles pour une période de temps, possiblement des mois »
(Intervenante A).*

Le comportement qu'adoptent les enfants attire l'attention des intervenants. Ils observent s'ils présentent un état de vigilance ou des troubles de comportement. Les

réactions des enfants envers leurs mères peuvent également refléter leur relation, comme nous le dit cette intervenante :

*« L'enfant qui est là, qui te révèle des affaires sans le vouloir »
(Intervenante B).*

Ensuite, la moitié des intervenants a souligné que l'âge de l'enfant est pris en considération lors de leur évaluation. Selon eux, un enfant en bas âge présente une vulnérabilité importante et donc, ils se montrent davantage vigilants. Également, l'enfant en bas âge ne peut pas parler de ce qu'il vit car il est trop petit et en plus, il n'est pas en contact avec d'autres adultes. Les intervenants soulignent qu'un enfant en bas âge est généralement isolé et donc, plus vulnérable. Toutefois, si l'enfant est en mesure de discuter de ce qu'il vit, quelques intervenants sociaux ont précisé qu'ils portent une attention particulière à ce qu'il rapporte.

« L'âge tsé, on va être plus inquiet pour un enfant de... de un an qu'un enfant de 7 ans... qui va être capable minimalement de rester à la maison, d'aller chercher de l'aide » (Intervenante K).

Une minorité d'intervenants a mentionné que le nombre d'enfants dans la famille peut avoir un impact sur les capacités des mères à exercer leur rôle parental. D'autres intervenants ont mentionné qu'ils observent si l'enfant a des blessures physiques.

4.1.3 Quand le trouble mental affecte l'exercice du rôle parental

Les intervenants sont unanimes, les troubles mentaux ont un impact sur les capacités parentales des mères. En analysant leurs propos, nous avons relevé trois éléments qui

particularisent la situation de ces mères aux prises avec un trouble mental : la cooccurrence, la reconnaissance du trouble mental et les symptômes du trouble mental et leurs impacts sur les capacités des mères à assumer leurs responsabilités parentales. La cooccurrence d'un trouble mental et d'une consommation d'alcool et/ou de drogue complexifie la situation parentale des mères et peut porter préjudice à leurs enfants, selon l'expérience professionnelle des participants. Ils précisent que les mères aux prises avec un trouble mental et qui consomment peuvent alors éprouver des difficultés à exercer leur rôle parental quand elles sont intoxiquées. Les intervenants croient qu'elles ont des compétences parentales, mais que leurs capacités sont amoindries au moment où elles consomment. Par conséquent, ils évaluent la consommation des mères et leur degré de reconnaissance des impacts de leur consommation sur leurs capacités parentales. Selon les intervenants, en ne reconnaissant pas les conséquences de leur consommation sur leur rôle parental, des mères sont susceptibles d'adopter des comportements qui mettront en péril la sécurité de leur enfant alors que si elles sont sensibilisées aux conséquences de leur consommation, elles peuvent prendre des précautions. Par exemple, elles consomment lorsque leurs enfants sont absents de la maison. La consommation peut représenter pour ces mères une automédication qui leur permet d'être plus calme pour prendre soin de leurs enfants, selon quelques participants.

En nous basant sur les propos des participants de notre recherche, nous avons dressé deux profils de mères ayant un trouble mental en lien avec l'acceptation du trouble et de leur suivi. D'abord, les répondants ont rapporté qu'il y a des mères ayant une

reconnaissance de leur trouble mental et des symptômes associés. Au cours du suivi, ces mères développent une autocritique et deviennent sensibles aux impacts de leurs symptômes sur leurs enfants. « *Alors, l'autocritique veut dire : je connais mes limites* » (Intervenante H). Ces mères demeurent donc préoccupées de protéger leurs enfants lorsqu'elles vont moins bien, selon l'expérience des intervenants. Par exemple, elles iront chercher de l'aide auprès de leur entourage afin que d'autres personnes prennent soin de leurs enfants. Généralement, selon les participants, elles adhèrent au suivi, prennent une médication et acceptent les services qui leur sont offerts pour les soutenir dans leur rôle parental. Ces mères peuvent ressentir de la culpabilité si elles manquent des rendez-vous. Selon quelques intervenants, cet investissement des mères dans leur suivi et le développement d'une autocritique en lien avec les impacts des symptômes du trouble mental sur leurs enfants les rassurent quant à leurs capacités et leurs compétences à prendre soin de leurs enfants.

Comme deuxième profil, les intervenants constatent qu'il y a des mères qui éprouvent des difficultés à accepter le trouble mental. Ils rapportent que ces mères cherchent peu d'aide ou encore leur collaboration au suivi est partielle et superficielle. L'adhésion au traitement pharmacologique est limitée et elles ont tendance à cesser la médication, d'après l'expérience des répondants. Pour certaines, la médication demeure un sujet tabou. D'après les propos des participants, elles sont peu préoccupées face aux conséquences de leurs symptômes du trouble mental sur leurs enfants étant donné qu'elles ne reconnaissent pas leurs symptômes et leurs effets sur leur fonctionnement social. Les intervenants sociaux rencontrés soulignent qu'elles ont besoin d'encouragement et de soutien pour s'impliquer dans leur suivi et leur

traitement. Les intervenants précisent qu'ils sont alors très attentifs à la situation des enfants étant donné que certaines mères, présentant peu d'autocritique en lien avec le trouble mental, sont peu sensibles aux impacts du trouble mental sur leurs enfants et qu'elles ne prennent pas toujours des moyens pour les protéger ou qu'elles sollicitent peu d'aide de leur entourage. L'intervenante J rapporte que :

« Parce qu'à partir du moment qu'ils ne reconnaissent pas la maladie ben elles ne sont pas en mesure de reconnaître leurs symptômes, elles ne sont pas non plus en mesure d'avoir des façons de protéger leur enfant dans ces moments là fac c'est toujours ça qui nous préoccupe » (Intervenante J).

Dans le cadre de l'évaluation du risque de la maltraitance, les intervenants mentionnent qu'ils évaluent la reconnaissance du trouble mental des mères en tenant compte des différents aspects que nous avons décrit précédemment dans les deux profils. *La mère se présente-elle à ses rendez-vous avec son médecin traitant que ce soit lors du suivi obstétrique ou psychiatrique. Rencontre-t-elle son intervenant social régulièrement?* Ils portent une attention particulière à la capacité de la mère à solliciter l'aide des intervenants ou des membres de sa famille si elle a besoin de soutien. Ils considèrent aussi son ouverture à accepter l'aide qui lui est offert. Ces différents éléments montrent en fait sa reconnaissance ou non des impacts du trouble mental sur ses capacités parentales.

Les intervenants sociaux ont décrit leurs visions des impacts du trouble mental sur les capacités des mères à exercer leur rôle parental. En nous basant sur l'analyse thématique des entrevues, trois éléments retiennent notre attention. Nous discuterons

des symptômes que présentent les mères dépressives dont la fatigue et le manque d'énergie. Ensuite, nous aborderons les impacts des manifestations du trouble de la personnalité limite chez les mères atteintes. En dernier lieu, nous décrirons les symptômes que peuvent avoir les mères ayant un trouble psychotique. D'abord, la plupart des intervenants sociaux ont mentionné la fatigue et le manque d'énergie chez les mères dépressives comme un facteur important qui altèrent leur fonctionnement social dont leurs capacités à accomplir leur rôle parental. Les répondants décrivent que ces mères peuvent présenter un cycle du sommeil inversé. Ou bien, pour ces mères, se lever tous les matins et réaliser les tâches reliées à leur rôle parental peut devenir insoutenable. Selon les répondants, elles peuvent alors demeurer dans leur lit durant la journée mais sans nécessairement dormir. Certaines mères présentent une hygiène négligée et elles sont peu actives. Quelques intervenants mentionnent que lorsque ces mères prennent difficilement soin d'elles-mêmes, prendre soin de leur enfant peut devenir une lourdeur étant donné la présence de symptômes dépressifs. Pour ces mères, gérer les responsabilités du quotidien, dont les responsabilités parentales et maintenir une routine n'est pas une mince tâche, d'après l'expérience des répondants. Par exemple, elles ont des difficultés à entretenir leur maison, à cuisiner. Ou encore, elles n'ont pas l'énergie nécessaire pour sortir à l'extérieur de la maison et faire les courses. Selon les intervenants rencontrés, il se peut également que les besoins de base des enfants ne soient pas toujours comblés par ces mères. Toutefois, des intervenants observent que certaines sont aptes à satisfaire les besoins de base de leurs enfants et effectuent les activités domestiques, malgré leurs symptômes dépressifs mais :

« elles sont encore à pousser pour garder le minimum... le minimum. Tsé toute la journée, c'est la maison, faire les commissions, faire le souper, pis les devoirs, pis tenir le linge des enfants propre. Toute leur énergie va là. Pis le reste du temps, elles dorment, parce qu'elles sont à terre, elles sont fatiguées »
(Intervenante L).

Les répondants rapportent que des mères aux prises avec des symptômes dépressifs ne présentent pas toujours une constance au niveau des règles et de la discipline envers leurs enfants. Par exemple, certaines mères, lorsqu'elles ressentent une grande fatigue, peuvent être irritables et montrer peu de tolérance envers leurs enfants s'ils pleurent ou si leur comportement est plus dissipé. Ou alors, à d'autres moments, elles sont davantage permissives lorsque les symptômes dépressifs sont plus présents ce qui aura pour effet de complexifier le maintien des règles et d'une discipline. Quelques intervenants observent que ces mères ont des difficultés à stimuler le développement de leurs enfants, à jouer avec eux. Par exemple, l'enfant regarde davantage la télévision pour ainsi permettre à la mère de se reposer.

Ensuite, quelques intervenants sociaux ont discuté des mères ayant un trouble de la personnalité limite. Ils ont mentionné l'instabilité et l'impulsivité que peuvent montrer ces mères comme des manifestations qui influencent leurs capacités à exercer leur rôle parental. Par exemple, leur instabilité émotionnelle et leurs difficultés à gérer leurs émotions peuvent les rendre impatientes envers leurs enfants. Ils rapportent qu'elles sont sujettes à ressentir rapidement de la colère et à l'exprimer à leurs enfants. Selon les répondants, les mères aux prises avec un trouble de la personnalité limite peuvent avoir tendance à se déresponsabiliser. D'après l'expérience des participants, certaines se serviront de leur diagnostic comme un

prétexte qui justifie leurs difficultés à gérer leurs émotions, se montrant impuissantes et dépourvues de moyens pour apprendre à les maîtriser. Dans ce sens, elles ont tendance à se remettre difficilement en question et à reconnaître leur responsabilité dans le contrôle de leurs émotions, d'après les intervenants rencontrés. Les participants de notre recherche rapportent qu'une routine stable et des règles constantes sont difficiles à appliquer pour ces mères étant donné leur comportement impulsif. Des intervenants sociaux remarquent qu'au moment où ces mères vivent une situation de crise, elles sont moins présentes et disponibles pour leurs enfants. Elles sont alors centrées sur leur souffrance et leurs problèmes. Toutefois, au moment où la crise se résorbe, elles sont à nouveau plus disponibles pour leurs enfants, d'après l'expérience des répondants.

En nous basant sur les propos des participants, les mères aux prises avec un trouble de la personnalité limite répondent généralement adéquatement aux besoins de base de leurs enfants mais elles peuvent éprouver des difficultés à répondre à leurs besoins affectifs et à les comprendre. Par exemple, elles n'arrivent pas à différencier les besoins de leurs enfants des leurs. D'après les répondants, l'enfant d'âge préscolaire peut avoir le rôle de confident auprès de sa mère, surtout au moment d'une séparation conjugale. Ils rapportent que certaines mères pourraient demander à leur enfant de dormir avec elles afin de diminuer leur anxiété et d'ainsi les rassurer par leur présence.

Finalement, la moitié des intervenants sociaux a abordé l'exercice du rôle parental chez les mères ayant un trouble psychotique. D'après les intervenants sociaux, les

mères aux prises avec un trouble psychotique éprouvent des difficultés à tisser un lien affectif avec leurs enfants. Par exemple, certaines mères établissent difficilement un contact avec leur enfant ou auront du mal à le protéger, à le rassurer. Les répondants relèvent que le lien entre les mères et leurs enfants est ainsi fragilisé. Certains intervenants ont remarqué que cette réalité s'intensifiait au moment où l'enfant commence à marcher car certaines mères ne se sentent plus en symbiose avec leur enfant, celui-ci acquérant de l'autonomie. Une minorité d'intervenants croient qu'elles peuvent malgré tout répondre aux besoins de base de leur enfant. Les impacts des symptômes psychotiques, comme par exemple, les hallucinations visuelles ou auditives, les propos délirants, l'interprétation, sont importants à considérer, comme le rapportent les intervenants sociaux. Les répondants précisent que lorsque les symptômes sont envahissants, ils altèrent le fonctionnement social des mères, y compris leurs capacités à exercer leur rôle parental. Par exemple, une mère qui est aux prises avec des hallucinations auditives, aura du mal à assumer les tâches du quotidien et les responsabilités parentales étant donné que sa concentration, ses capacités de planification et d'organisation sont alors affectées par les voix qu'elle entend. Ou encore, certaines mères ayant un délire peuvent interpréter les pleurs de leur enfant comme un signe qui ne les aime pas. D'après les participants, le jugement de ces mères est alors altéré ce qui a un impact sur la prise des décisions qu'elles prennent en lien avec leurs responsabilités parentales. Dans ces circonstances, les besoins de base des enfants sont rarement satisfaits par les mères, selon l'expérience professionnelle des répondants. Les propos de l'intervenante J traduisent cette réalité :

« C'est comme juste de ne plus t'en occuper parce que tu es prise dans ta tête avec tes hallucinations, avec tes délires » (Intervenante J).

D'autres symptômes ont également des impacts sur les capacités des mères ayant un trouble psychotique à exercer leur rôle parental, selon les participants. Les symptômes négatifs dont l'apathie, le manque d'énergie et de motivation, un affect plat ou encore les difficultés à initier des tâches sont d'autres manifestations nommées par une minorité d'intervenants sociaux qui altèrent les capacités des mères à réaliser leur rôle parental. Les répondants remarquent qu'elles ont alors des difficultés à maintenir une routine et à réaliser les activités en lien avec leur rôle parental comme cuisiner ou faire les courses. Elles peuvent également se sentir épuisée plus rapidement ou éprouver des difficultés au niveau de la concentration et donc, jouer que de court laps de temps avec leur enfant. Selon les participants, l'enfant peut alors manquer de stimulation qui favoriserait son développement. Les participants rapportent qu'il semble qu'elles éprouvent des difficultés à combler les besoins affectifs de leurs enfants car pour ces mères, établir un lien peut être une situation angoissante. Toutefois, les intervenants ont peu discuté de cet aspect. Une intervenante précise que les mères qui présentent peu de symptômes négatifs ont davantage d'énergie pour prendre soin de leurs enfants et établir un lien affectif avec eux. Peu d'intervenants sociaux remarquent que la médication peut parfois avoir un effet de sédation chez ces mères ce qui les gêne dans l'exercice de leur rôle parental.

Pour l'évaluation du risque de la maltraitance, unanimement, les intervenants évaluent le fonctionnement social de la mère qui est influencé par les manifestations

du trouble mental. Ils regardent si elle a les capacités à s'organiser dans son quotidien afin de répondre aux besoins de base de son enfant. *Est-ce que l'enfant mange? Est-ce que la mère voit aux soins d'hygiène de son enfant? Est-elle en mesure d'assumer les tâches domestiques?* Sur ce point, les intervenants ne recherchent pas une propreté excessive des lieux, mais l'état des lieux peut témoigner d'un état de désorganisation chez la mère. Surtout si généralement, la maison est dans un état convenable. Pour leur évaluation, ils rapportent qu'ils vont rechercher des éléments concrets, ceux du quotidien de la mère, et ce afin d'évaluer le déroulement de ces activités.

Les intervenants sociaux soulignent qu'il peut être alors nécessaire et même souhaitable de se rendre au domicile de la mère afin d'observer ce qui se passe. La majorité des intervenants ont également rapporté qu'ils évaluent si l'enfant est en sécurité. *Où est-il au moment de la rencontre entre la mère et l'intervenant?* Ils évaluent si elle est en mesure de reconnaître les situations à risque pour elle et son enfant. Ils regardent aussi si la mère a les moyens de protéger son enfant d'elle-même si elle va moins bien. L'aspect de la dangerosité de la mère est regardé par les intervenants. *Pourrait-elle avoir des comportements violents envers son enfant?*

« Le danger, la protection de l'enfant, c'est sûr, on est dans le 0-5 ans » (Intervenante B).

L'état psychiatrique de la mère est pris en compte par la plupart des répondants. Ils portent une attention à l'intensité de la crise et à la gravité des symptômes. Comme nous l'avons décrit précédemment, ils évaluent les impacts des manifestations que les

mères présentent sur leurs capacités à prendre soin d'elles mais également de leurs enfants. Le degré de mobilisation chez les mères est un élément de leur évaluation. *Réalise-t-elle les activités du quotidien ou bien, demeure-elle au lit, envahie par les manifestations du trouble mental?* Lorsque les mères ne se mobilisent plus, ils voient un risque de négligence envers l'enfant.

La moitié des participants prend en considération l'intensité des symptômes dont quelques-uns portent une attention particulière à la présence de symptômes psychotiques. Ils se posent alors ces questions : *A-t-elle des hallucinations? Présente-t-elle un délire? Quel est le contenu du délire? L'enfant est-il inclus dans le délire, les hallucinations?* Une minorité d'intervenants a mentionné que le degré d'autocritique des mères est également un élément inclus dans leur évaluation. Ils regardent alors si elles sont en mesure de nommer leurs symptômes et de constater qu'elles vont moins bien. La prise de la médication par elles est évaluée par une minorité d'intervenants sociaux. Seulement une intervenante a mentionné qu'elle évalue si les mères ont des idées suicidaires ce qui pourrait avoir un impact sur la sécurité des enfants, selon elle.

4.2 Portrait de l'entourage des mères atteintes d'un trouble mental

4.2.1 Les relations conjugales

La majorité des intervenants sociaux constate que le plus souvent les mères ayant un trouble mental connaissent une instabilité au niveau des relations conjugales et

qu'elles vivent de nombreux échecs amoureux. En conséquence, elles se retrouvent seules pour assumer les responsabilités du quotidien et celles reliées à l'exercice du rôle parental. D'après les expériences des intervenants, il est épuisant pour ces mères d'assumer toutes ces responsabilités seules, sans recevoir de soutien, surtout lorsque l'enfant est un nouveau-né ou un bébé car les soins qu'il requiert sont importants. C'est pourquoi, elles quitteront rarement l'hôpital avec leur bébé naissant si elles ne reçoivent pas de soutien de la part d'un conjoint ou d'un membre de la famille, selon les propos des participants. Toutefois, la présence d'un conjoint n'est pas garante d'une relation stable. La majorité des intervenants remarque que les mères qui ont un conjoint vivent une instabilité conjugale.

« 20% [des femmes] avec un conjoint, c'est surtout un conjoint avec un problème de violence, de toxicomanie ou qui a un problème de santé mentale » (Intervenante B).

D'après les intervenants rencontrés, ces mères sont susceptibles d'être victimes de violence conjugale, parfois durant leur grossesse. Cette violence peut être physique. Les disputes entre les conjoints sont également fréquentes, selon la majorité des répondants. Les répondants remarquent que cette instabilité conjugale affectera assurément le fonctionnement social des mères mais également, il se pourrait que les manifestations du trouble mental soient exacerbées par des disputes conjugales. En fait, les querelles entre les conjoints peuvent être un élément de stress supplémentaire pour les mères, selon les répondants. Quelques intervenants ont mentionné que dans bien des situations, le conjoint exprime une incompréhension des conséquences du trouble mental et des symptômes sur les capacités de leurs conjointes à exercer leur

rôle parental. Les intervenants rapportent que le conjoint peut alors ressentir de la colère et de la frustration vis-à-vis de la mère qui éprouve des difficultés à réaliser les activités quotidiennes et à prendre soin des enfants. Certains expriment du découragement face à leur situation comme en témoigne les propos de cette intervenante :

« Ils ne sont pas loin de la porte, ils sont tannés des changements, des sautes d'humeur, des difficultés, de soutenir, de supporter, de s'occuper des enfants, pis tout ça » (Intervenante M).

Lorsque le couple est séparé, le père peut se montrer disponible et assumer ses responsabilités parentales en prenant soin de son enfant durant les moments où la mère va moins bien, selon l'expérience des participants. Toutefois, lorsque le conjoint manifestait de l'incompréhension quant au trouble mental de la mère préalablement à la séparation, cette situation demeure souvent la même après la séparation, ce qui limite l'implication parentale du père.

Les mères vivant une relation conjugale harmonieuse seraient l'exception. Selon nos analyses, la moitié des intervenants a bel et bien décrit des cas où la relation entre les conjoints était stable, tout en précisant la rareté de telles situations.

« Une autre mère qui a un enfant, qui est enceinte de son deuxième pis le couple est encore... c'est un couple là, ils ne sont pas séparés. C'est une exception » (Intervenante J).

Certains répondants ont vu des conjoints compréhensifs et sensibles aux besoins de leur conjointe, surtout lorsque les symptômes sont plus envahissants. Ils prennent

alors la relève pour s'occuper des enfants et voir aux diverses tâches domestiques. Une collaboration du conjoint avec l'équipe traitante est alors notée par les intervenants. Par exemple, il participe à des rencontres avec l'équipe traitante ou encore, il s'assure que sa conjointe suit son traitement pharmacologique. Dans ces conditions, ces conjoints sont plus disponibles auprès des mères pour les soutenir dans leurs responsabilités du quotidien et celles reliées à l'exercice du rôle parental car ils comprennent les manifestations du trouble mental et la façon dont elles altèrent le fonctionnement social de leurs conjointes, d'après les propos des participants. Les impacts sont donc positifs pour les enfants lorsque l'autre parent s'implique davantage car ils bénéficient alors d'une figure parentale stable et qui peut les rassurer au moment où la mère est hospitalisée, par exemple. Pour les intervenants rencontrés, la présence en soi d'un conjoint stable auprès de ces mères leur permet de conserver leur rôle parental.

« Dans mes dossiers, il y a un parent qui est là pis que j'évalue bon qu'il a pas de problème de santé mentale, j'établi que lui quand même il a des capacités parentales, il a quand même une ... autocritique face à la maladie de sa conjointe. C'est toujours plus rassurant » (Intervenante J).

En effet, la relation conjugale est prise en considération par la plupart des intervenants sociaux lors d'une évaluation du risque de la maltraitance. L'implication et le désir du père d'être présent pour son enfant sont des éléments évalués par certains intervenants. Ils évaluent si le père est en mesure de combler les besoins de base de son enfant et de s'assurer qu'il ne manque de rien.

« *Mais qu'on voit qu'il y a un conjoint stable à côté, sur qui on peut compter pour euh...pour que l'enfant compte dessus* » (Intervenante K).

Les répondants portent un regard sur la qualité du lien entre la mère et son conjoint. Ils observent alors la stabilité de leur relation conjugale. *Est-ce qu'il y a des tensions dans le couple?* Comme nous l'avons mentionné précédemment, les mères peuvent avoir un conjoint mais être victime de violence psychologique ou physique ce qui aura assurément des effets négatifs sur elles ce qui pourrait nuire dans l'exercice de leur rôle parental. De plus, si son conjoint consomme ou s'il est peu présent auprès d'elle, les intervenants sociaux en tiennent compte lors de leur évaluation du risque de la maltraitance car son soutien est alors mitigé. Par ailleurs, la sensibilité du père aux symptômes que présente la mère n'a été regardée que par une intervenante. Donc, cet élément est peu évalué par les répondants. En résumé, les participants de notre recherche se concentrent davantage à évaluer la disponibilité du conjoint auprès de son enfant et de la mère atteinte d'un trouble mental et de voir si le soutien qu'il procure à celle-ci est approprié.

4.2.2 Les relations familiales

Les données recueillies auprès des intervenants sociaux ont permis de décrire les relations familiales de ces mères. Il y a autant d'intervenants qui constatent que ces mères reçoivent une aide de la part de leur famille que d'intervenants qui remarquent que ces mères reçoivent peu de soutien. Les participants rapportent que l'aide que reçoivent ces mères peut se traduire par une aide dans le quotidien ou plus intensément lors d'une crise. Les répondants relèvent que les grands-parents peuvent

alors jouer un rôle de personnes-ressources auprès de leurs petits-enfants de façon sporadique. Par exemple, ils apportent du soutien dans les soins à donner aux enfants au niveau des besoins de base ou au plan affectif. Ou encore, ils effectuent les tâches domestiques. Des intervenants mentionnent que certaines des mères qu'elles suivent ont conservé des contacts avec leurs enfants car leurs parents ont la garde de leurs enfants. Elles ont pu ainsi conserver leur rôle de mère. Le soutien d'un des membres de la famille peut donc éviter qu'elles perdent la garde de leurs enfants, surtout lorsqu'elles sont hospitalisées, ce que rapporte cette intervenante

« Ben la grand-mère est très impliquée. C'est d'ailleurs la... un peu la ... comment je pourrais dire... c'est comme ça que... qu'elle arrive à garder la garde légale de sa fille là en ayant le support constant de sa mère à elle pour garder sa fille dans les moments où elle est moins bien » (Intervenante J).

En nous basant sur les propos des participants, il semble que ces mères apprécient généralement le soutien qu'elles reçoivent de la part des membres de leur famille. Toutefois, elles peuvent ressentir un malaise à discuter avec eux lorsqu'elles ont un désaccord en lien avec l'éducation de leurs enfants, entre autres, parce qu'elles craignent de perdre ce support.

À l'inverse, d'autres participants constatent que certaines mères reçoivent peu d'encouragement et de soutien de leur famille. Certains remarquent même un désinvestissement de la part de la famille. Les relations peuvent être marquées par des conflits. Quelques intervenants mentionnent que ces familles ont une méconnaissance du trouble mental, des symptômes et de leurs impacts sur le

fonctionnement social et donc, sur les capacités de ces mères à exercer leur rôle parental. Des familles peuvent minimiser l'impact du trouble mental sur les capacités parentales. Ces mères sont alors perçues par leur famille comme étant peu impliquées auprès de leur enfant puisqu'elles ont des difficultés à combler les besoins de base de leurs enfants, par exemple.

« Ils sont vraiment, ils ne comprennent pas, ils ont la même vision et ils ont les mêmes attentes que si la personne n'avait pas un problème » (Intervenante B).

D'autres intervenants mentionnent que les parents de ces mères sont en désaccord avec le fait qu'elles soient enceintes. L'enfant peut être alors perçu comme un fardeau par les grands-parents. Quelques intervenants ont rapporté que les relations conflictuelles entre ces mères et leurs parents peuvent remonter à leur enfance. Comme nous l'avons mentionné précédemment, certaines mères ont connu une enfance difficile. Par exemple, leurs parents peuvent eux-mêmes avoir eu un trouble mental ou des problèmes reliés à la consommation de drogue et/ou alcool. Les intervenants remarquent que les relations familiales sont alors marquées par ces antécédents potentiellement adverses. Finalement, la moitié des intervenants a souligné que parfois il y a des mères qui n'entretiennent plus aucun lien avec leur famille. Elles se retrouvent alors isolées pour assumer l'ensemble des tâches du quotidien et les responsabilités parentales. Dans ces circonstances, elles bénéficient généralement d'un suivi avec la DPJ, si elles ont la garde de leur enfant, selon les propos des participants.

Comme nous pouvons le constater en nous basant sur les propos des participants, les familles des mères atteintes d'un trouble mental sont un élément important pour elles car elles peuvent apporter le soutien nécessaire pour qu'elles puissent conserver leur rôle de mère. Par conséquent, il n'est pas surprenant que la majorité des intervenants sociaux ait souligné qu'ils portent un regard sur le réseau familial des mères au cours de leur évaluation du risque de la maltraitance. Plusieurs points sont alors considérés par les participants. D'abord, ils regardent la disponibilité des proches de la mère pour la soutenir dans son rôle parental lorsqu'elle va moins bien. *Sont-ils en mesure de se déplacer pour être présent auprès d'elle? Peuvent-ils répondre aux besoins de base de l'enfant? Sont-ils disponibles à effectuer les tâches domestiques?* La qualité du lien entre la mère et ses proches est également prise en considération par les intervenants. *Vont-ils lui apporter le soutien nécessaire sans jugement et sans reproche?* Par conséquent, la perception qu'ont les proches quant à la situation de la mère et leur regard sur les impacts des symptômes sur l'exercice de leur rôle parental est un autre facteur évalué par les intervenants

« Est-ce qu'au niveau de l'entourage dans le fond, il peut avoir des personnes significatives, si ça ne va pas bien » (Intervenante M).

Le lien d'attachement entre l'enfant et les proches est également examiné par les répondants. Par exemple, les intervenants vont tenir compte de la façon dont les grands-parents parlent de l'enfant. Ils peuvent également considérer la fréquence des visites. Si l'enfant parle, les participants sont alors en mesure de savoir ce que pense l'enfant à propos de sa tante ou de son grand-père, entre autre. Les participants observent les interactions entre les membres de la famille et l'enfant. *Est-ce que*

l'enfant est content de voir tel oncle ou telle grand-mère? Une minorité d'intervenants sociaux a mentionné que la collaboration des proches avec l'équipe traitante est prise en considération.

4.2.3 Le réseau des pairs

La plupart des intervenants sociaux ont souligné que généralement ces mères sont isolées au plan social. Ils remarquent qu'elles éprouvent des difficultés à entrer en contact et donc, elles entretiennent peu de liens avec d'autres amis qui sont parents. Une intervenante suppose que ces mères ressentent peut-être une crainte d'être envahies par les autres et donc, elles restreignent les contacts avec les autres mères. Selon les répondants, l'isolement des mères aux prises d'un trouble mental a des impacts sur leurs capacités à exercer leur rôle parental. Ils soulignent qu'en n'étant pas en contact avec d'autres parents, elles ne bénéficient pas d'un modèle parental. Dès lors, elles ne peuvent pas échanger avec d'autres parents sur les difficultés qu'elles rencontrent avec leur enfant pour avoir par exemple, des conseils pour la discipline ou pour avoir des suggestions d'activités ou de jeux intéressants à faire avec eux. Parallèlement, en étant isolées, elles ne reçoivent pas de soutien de la part de d'autres parents, d'après les propos des intervenants. Elles se retrouvent alors seules avec leur enfant et les difficultés inhérentes au rôle de mère.

4.3 Le rôle des intervenants sociaux

La moitié des intervenants sociaux rapporte qu'ils sont sollicités par un membre de l'équipe pour évaluer la situation de ces mères. Par exemple, le médecin ou l'infirmière de l'équipe se questionne quant aux capacités parentales d'une mère ou pour la sécurité de son enfant. Il fait alors appel aux intervenants sociaux afin d'évaluer le risque de la maltraitance chez la mère. D'autres intervenants sociaux ont également rapporté que l'évaluation se déroulait tout au cours de la grossesse de la mère. Si c'est un nouveau suivi, ils peuvent être sollicités suite à la naissance de l'enfant, avant que la mère ait son congé de l'hôpital. Lorsque les intervenants constatent qu'une mère va moins bien ou qu'elle a des antécédents psychiatriques et/ou une consommation de drogues, ils demeurent vigilants quant à ses capacités à exercer son rôle parental. Pour les intervenants sociaux en milieu hospitalier, ils peuvent être sollicités par les intervenants des CLSC soit pendant le suivi obstétrique ou suite à l'accouchement.

« D'autres ressources qui vont me dire : écoute, on connaît une dame qui va être suivie chez vous, il... ça serait vraiment pertinent qu'il y ait une requête, que vous la suiviez parce qu'il y a une problématique X » (Intervenante I).

Au cours des entrevues, les participants ont décrit leur perception quant à leur rôle auprès de ces mères. La majorité des répondants a mentionné que ces mères nécessitent du soutien dans leur quotidien afin d'exercer leur rôle parental. Ils décrivent que leur rôle est de trouver et d'apporter cette aide qui favorisera le

maintien de la mère avec son enfant, lorsque la situation le permet. Pour ce faire, ils feront appel au réseau familial et/ou au conjoint afin qu'il soutienne la mère pour qu'elle conserve son rôle parental. Ils rencontrent alors les membres du réseau pour les sensibiliser aux impacts du trouble mental sur les capacités des mères à exercer leur rôle parental. Lorsqu'ils interviennent auprès des mères monoparentales, ils tenteront d'établir un lien avec un membre de la famille qui comprend bien la situation et qui pourra venir les soutenir. Idéalement, cette collaboration doit être établie pendant la grossesse, selon les participants. En fait, la grossesse est une période de préparation où les intervenants sensibilisent la mère à son rôle et ses responsabilités parentales.

« On peut dire : écoute, on sait que ton souci c'est sûrement de donner le meilleur, c'est notre souci, on le partage, on travaille en alliance avec toi pour le meilleur de l'enfant. Donc, veux-tu ça, on va se mettre à plusieurs. On va, on va regarder quels services apportés et où tu as de la difficulté et tes points forts aussi. Donc ça, on avait élaboré ça comme ça qui fait que tu peux mettre un pied dans la maison aussi. Très important » (Intervenante H).

D'après les propos des participants, les organismes communautaires sont également mis à contribution. Selon les intervenants sociaux, les organismes communautaires peuvent venir soutenir la mère dans ses tâches au quotidien, comme par exemple, la soutenir dans les tâches domestiques. Ou encore, ils peuvent offrir un répit aux mères. Dans certains organismes ou dans les CLSC, des groupes de parents sont également offerts ce qui peut permettre aux mères, en participant à ces groupes, de briser l'isolement ce qui vient les soutenir dans leur rôle de mères, notamment en échangeant sur ce qu'elles vivent au quotidien avec d'autres mères. Cette

participation à des groupes de soutien permet à ces mères d'intégrer des activités et se de se sentir moins stigmatisées, d'après l'expérience des répondants.

Quelques intervenants ont discuté de leurs attitudes auprès de ces mères. Ils tentent de parler clairement du diagnostic et des conséquences des symptômes sur leurs enfants. Ils offrent du support, de l'écoute, de l'enseignement et de l'accompagnement dans le quotidien pour ces mères. Également, ils adoptent une attitude conscientisante pour encourager la responsabilisation de celles-ci. Certains participants ont mentionné que les mères peuvent ressentir une pression provenant des intervenants à « performer » dans leur rôle de mère. Les propos de l'intervenante M sont très révélateurs sur cet aspect :

« Ce qu'ils disaient c'est que : oui, on a des intervenants, du monde autour mais on... on... on sent toujours une pression... Et cette pression là, ne disparaîtra pas, elle ne peut pas disparaître, parce qu'oui on est aidant, on va mettre un filet de sécurité, on va mettre de l'aide, mais oui vous avez à avoir minimalement des... des... des comportements, des attitudes minimales pour garder nos enfants. Fac à la fois c'est oui on est aidant, mais à la fois, il y a comme une pression. C'est sûr qu'on ne la met pas euh... dans mon intervention... hey avez-vous faites ceci, avez-vous faites cela, tout ça. Je pense qu'on a développé des attitudes très aidantes, mais on veut des résultats finalement. Fac ça, c'est... c'est... c'est sûr que c'est paradoxal justement. Tsé tu comprends que c'est oui, on veut aider, pis oui, on veut que vous restez ensemble, oui vous avez à répondre à... à... à certains critères qui ne sont pas énormes mais qui sont nécessaires pour que votre enfant se développe finalement » (Intervenante M).

Finalement, une attitude non-rejetante et non-blâmante est à privilégier, selon plusieurs intervenants sociaux. Le fait de devenir mère ne devrait pas être perçu comme une pathologie. Par contre, quelques intervenants ont mentionné qu'ils vivent

une réaction mitigée à l'annonce de la grossesse. En soi, la grossesse est un événement heureux, mais il semble que les participants ressentent un malaise quant à leur propre conception de la « mère idéale » et des compétences optimales quant à la parentalité et la satisfaction des besoins de l'enfant.

4.4 Les conditions qui favorisent ou gênent le processus d'évaluation

Au cours de l'entrevue, les intervenants ont été invités à discuter des conditions qui favorisent ou qui gênent le processus d'évaluation psychosociale du risque de la maltraitance. Nous constatons que quatre conditions ressortent : la structure organisationnelle, le lien avec les partenaires du réseau, la relation de confiance de l'intervenant avec la mère et ses proches et le parcours professionnel des intervenants sociaux.

4.4.1 La structure organisationnelle

Les intervenants sociaux sont unanimes quant au rôle de la structure organisationnelle de l'établissement où ils interviennent dans le processus d'évaluation. D'abord, selon eux, l'équipe multidisciplinaire favorise les discussions de cas entre professionnels. Le partage du champ de compétences de chacun permet de dresser un portrait global de la situation de la mère. Comme le soulève une intervenante :

« À plusieurs visions, on finit par avoir une vue d'ensemble, ça c'est super aidant » (Intervenante B).

La réflexion portant sur le risque de la maltraitance se fait alors en équipe et les intervenants ressentent ainsi une solidarité. Ils ne sont pas seuls avec la situation problématique. Selon les participants, il y a alors un partage des risques entre les différents professionnels d'une même équipe. Les discussions de cas peuvent également avoir lieu entre deux intervenants sociaux. Des intervenants en CLSC ont mentionné qu'ils ont difficilement accès à des psychiatres et donc, ils ne peuvent pas discuter avec eux des aspects médicaux de la mère.

« Où là, on aurait besoin de nos collaborateurs pour travailler ensemble, en équipe, pis qu'on ne peut pas se parler, on ne peut pas se rejoindre, c'est difficile. Ça c'est la partie des difficultés que l'on rencontre » (Intervenante K).

Selon quelques intervenants, l'équipe multidisciplinaire favorise la co-évaluation. Ils précisent qu'il est important qu'un intervenant crée le lien avec la mère et qu'un autre l'établisse avec l'enfant. Ainsi, ils ont davantage d'information pour compléter leur évaluation. Au contraire, le travail en silo complexifie le suivi pour la mère et son enfant et donc, l'évaluation, comme le précise cette intervenante :

« Du moment où là, quelqu'un a pu faire le lien avec l'enfant, là on a eu pas mal plus de jus, pis là on a eu la version, je te dirais, on a eu les deux côtés de la médaille » (Intervenante B).

Le rôle des intervenants sociaux dans leur établissement a également été abordé par les répondants. Certains participants ont l'opportunité de se déplacer au domicile de la mère ce qui leur permet d'avoir accès à d'autres informations qu'ils n'auraient pas avec simplement des rencontres à leur bureau. Une minorité d'intervenants sociaux a

rapporté que la définition de leur rôle ne leur permet pas de rencontrer l'enfant. En ne voyant pas l'enfant, ils constatent qu'ils n'ont qu'une vision partielle de la réalité de ces mères ce qui complique le processus d'évaluation. Le changement d'intervenants pour des raisons administratives ne facilite pas le processus d'évaluation, selon certains intervenants. Un intervenant a constaté que la surcharge de travail freine le processus d'évaluation.

4.4.2 Le lien avec les partenaires du réseau de la santé et des services

sociaux

Le lien avec les partenaires du réseau dont la DPJ, les organismes communautaires, les CLSC ou les milieux hospitaliers ont été abordés par la plupart des intervenants. Ils ont mentionné que la collaboration entre les différents partenaires favorise l'échange d'informations sur la situation de la mère et facilite le processus d'évaluation. Au contraire, la non-collaboration entre les partenaires gênent le processus d'évaluation car les intervenants n'ont alors pas accès à toute l'information pertinente pour évaluer la situation. Le partage des risques entre les différents partenaires est également un élément qui favorise le processus d'évaluation, selon les répondants. Quelques intervenants sociaux ont souligné que les liens avec les intervenants de la DPJ peuvent être complexes car ils ont des critères rigides pour retenir un signalement ou ils mettent fin rapidement à un suivi alors que les participants jugent qu'un suivi avec les intervenants de la DPJ est toujours pertinent.

4.4.3 La relation de confiance

Tous les intervenants sociaux ont souligné que le lien de confiance entre eux, la mère et ses proches est un élément qui influence le processus d'évaluation. Le lien de confiance permet aux intervenants d'avoir accès à ce que vit la mère.

*« Ce qui nous bloque, une porte fermée ou un refus de parler »
(Intervenante A).*

Ainsi, en ayant tous les éléments de la situation, ils sont davantage en mesure de l'évaluer adéquatement. Mais un lien de confiance ne s'établit pas dès la première rencontre comme le souligne cette intervenante :

« Puis établir une relation, ça prend du temps hein. Ça ne se fait pas instantanément. Quelques fois, ça prend plusieurs semaines, plusieurs mois, plusieurs années, surtout avec des gens qui ont des problèmes psychotiques » (Intervenante G).

Au contraire, lorsque la mère collabore peu ou cesse son suivi, les participants soulignent qu'ils éprouvent alors des difficultés à bien documenter la situation et évaluer le risque de la maltraitance. Ils relèvent que la situation avec les proches est semblable. L'accessibilité et la collaboration des proches avec l'équipe traitante permettent aux intervenants de mener leur évaluation en ayant en main la perception des proches sur le fonctionnement social de la mère et ses capacités à exercer son rôle parental.

4.4.4 Le parcours professionnel

Finalement, certains intervenants ont discuté de leur parcours professionnel comme condition qui les aide dans le processus d'évaluation. La moitié des intervenants sociaux a mentionné que leurs années d'expérience leur ont permis d'acquérir des habiletés pour discuter avec les mères de leur trouble mental et des impacts des symptômes sur leurs capacités à exercer leur rôle parental, comme le rapporte cette intervenante :

« J'étais un peu mal de demander aux gens s'ils avaient un diagnostic mais aujourd'hui, je suis plus à l'aise avec ça »
(Intervenante B).

La littérature consultée à ce propos favorise le processus d'évaluation, selon quelques intervenants. Une intervenante a aussi souligné que la formation sur les troubles mentaux et de la supervision l'ont aidée à acquérir des connaissances qui facilitent le processus d'évaluation.

« J'ai eu la formation, après ça, j'ai eu la supervision, après ça est venu comme tout le bagage effectivement... de connaissances... savoir comment intervenir, euh... quoi faire et ne pas faire etc.! Fac écoute là, ça m'a donné de l'assurance » (Intervenante M).

Une seule intervenante a mentionné qu'elle utilise son intuition lors du processus d'évaluation.

Ce chapitre dresse un aperçu de la réalité des mères ayant un trouble mental, selon les perceptions des intervenants sociaux. Nous constatons que les propos des

participants rejoignent ce que nous retrouvons dans la littérature. Par exemple, ces mères ont tendances à vivre une instabilité conjugale et être isolées au plan social ce qui nuit à l'exercice de leur rôle parental. Alors que lorsqu'elles reçoivent du soutien d'un membre de leur famille ou d'un conjoint, elles pourront davantage assumer les responsabilités reliées à ce rôle. Et cette réalité, les intervenants sociaux la prennent en considération lors de leur évaluation du risque de la maltraitance. Cette évaluation tient compte du fonctionnement social des mères mais également, le milieu est évalué afin de rejoindre une personne significative pour la mère qui pourra la soutenir dans son rôle. Étonnamment, l'état psychiatrique des mères est considéré par la plupart des intervenants sociaux d'un point de vue global mais peu d'intervenants ont abordé les manifestations du trouble mental et leurs impacts. Ces points seront discutés lors de notre prochain chapitre.

Chapitre 5

Discussion des résultats

Dans ce chapitre, nous discuterons des résultats de notre recherche en établissant des liens avec la littérature à ce sujet. Nous émettrons des hypothèses afin de tenter d'expliquer les résultats de notre recherche. Nous aborderons également les limites de notre recherche.

5.1 La pratique professionnelle des intervenants sociaux : entre leurs perceptions et l'évaluation du risque de la maltraitance

5.1.1 La réalité des mères atteintes d'un trouble mental

D'abord, à partir des résultats de notre recherche, nous constatons que tous les intervenants sociaux perçoivent que la parentalité n'est pas toujours une source de valorisation pour les mères ayant un trouble mental. Selon eux, ce rôle amène des responsabilités et un stress supplémentaire pour ces mères qu'elles ne sont pas toujours en mesure d'assumer. Parmi les participants de notre recherche, la moitié des intervenants a nuancé ses propos et a souligné que pour certaines mères ce rôle peut devenir une source de fierté pour elles et donner un sens à leur vie. Malheureusement, nous n'avons pas trouvé dans la littérature des recherches portant sur la perception des intervenants sociaux quant à la signification de la parentalité pour les mères ayant un trouble mental. Mais plusieurs recherches où des mères ont été questionnées (Ackerson 2003b, Diaz-Caneja et al. 2004, Mowbray et al., 1995,

2001 et Nicholson et Blanch, 1994), montrent qu'elles ont mentionné des aspects positifs reliés à ce rôle.

Nous tenterons donc d'expliquer cet écart des perceptions entre les mères porteuses d'un trouble mental et les intervenants sociaux. Les intervenants sociaux travaillent auprès d'une clientèle qui consulte afin de recevoir du soutien puisqu'elle a des problèmes psychosociaux et environnementaux. Les difficultés reliées à l'exercice de leur rôle parental peut être un motif de consultation pour les mères atteintes d'un trouble mental. Par conséquent, les participants sont confrontés à des situations problématiques où effectivement, la parentalité n'est pas toujours perçue comme un rôle valorisant pour ces mères. Nous pouvons supposer que les mères qui éprouvent peu de difficultés et pour qui la parentalité est un rôle valorisant consultent peu et donc, les intervenants sociaux sont rarement en contact avec celles-ci.

Il est également intéressant de constater que les répondants portent un regard sur cette dimension lors de l'évaluation du risque de la maltraitance. En effet, ils prennent en considération les perceptions des mères quant à leur rôle parental et les circonstances de leur grossesse car selon eux, ces éléments influencent l'appropriation de leur rôle et donc, des soins à donner à leurs enfants. Nos résultats vont dans le même sens que ceux de Nair et Morrison (2000) qui ont décrit plusieurs indicateurs qui devraient être inclus dans une évaluation des compétences et des capacités parentales chez les mères atteintes d'un trouble mental. Ils encouragent les intervenants sociaux à évaluer cette dimension car une grossesse qui n'a pas été planifiée ou qui est non-désirée peut être un indice d'une éventuelle maltraitance de la mère envers son enfant. « Alors qu'une

attitude positive de la mère à l'égard de sa grossesse et une préparation adéquate de la part de la mère pour l'arrivée de son bébé peut prédire de meilleures capacités et compétences parentales » (Nair et Morrison, 2000, p.527). Bien entendu, cet indicateur fait parti d'un ensemble, il nous apparaît qu'il serait insuffisant et superficiel de se concentrer uniquement sur cet élément car nous n'avons pas alors une vision globale de la situation des mères.

Les participants ont nommé des facteurs qui influencent l'appropriation du rôle parental par les mères aux prises avec un trouble mental comme par exemple, l'âge, l'histoire personnelle, les facteurs économiques, la situation au niveau de l'emploi et la scolarité. Plusieurs auteurs (Ackerson, 2003a, Boily et al., 2006, Brunette et al., 2002, Rogosch et al., 1992) remarquent que l'histoire personnelle des mères influencent leurs perceptions quant à leur rôle parental. Par exemple, les mères, qui ont eu une enfance harmonieuse où leurs parents répondaient adéquatement à leurs besoins, bénéficient d'un modèle parental positif et approprié qu'elles auront tendance à reproduire avec leurs enfants (Nair et Morrison, 2000). Nous constatons que les intervenants sociaux sont sensibles à l'histoire personnelle des mères atteintes d'un trouble mental car ils en ont parlé pour les décrire. Mais cet aspect n'a pas été spécifié comme une dimension à considérer lors de l'évaluation du risque de la maltraitance. Nous supposons que le contexte d'urgence de l'évaluation influence la prise en compte de cette dimension. Par exemple, dans notre échantillon, deux intervenants sociaux œuvrant en centre hospitalier, sont susceptibles de réaliser cette évaluation au moment où les mères accouchent de leur enfant. Ils ont alors 48 heures pour la faire car il est possible que la mère reçoive son congé de l'hôpital après ce

temps. Ce court laps de temps ne permet pas aux intervenants sociaux de prendre en considération cette dimension de l'évaluation. Un autre intervenant de notre échantillon travaille à l'urgence d'un hôpital. Dans ce contexte, il cible les dimensions prioritaires pour faire une évaluation préliminaire. Ou encore, d'autres intervenants sociaux évaluent la situation à la demande de d'autres professionnels de leur équipe qui soupçonnent un phénomène de maltraitance. Lors d'une évaluation du risque de la maltraitance, le contexte d'urgence dans lequel elle se déroule amène les intervenants à se concentrer exclusivement sur la situation actuelle des mères en focalisant sur la sécurité et le bien-être des enfants étant donné qu'ils peuvent nécessiter un besoin de protection rapidement.

De plus, les expériences de travail et le niveau de scolarité ont été abordés par la moitié des intervenants sociaux pour décrire ces mères. Lorsqu'ils parlent de ces deux aspects, ils établissent un lien entre ceux-ci et leurs impacts sur l'estime de soi et les compétences que les mères présentent. Dans le même sens, Goodman (1987) croit que ces caractéristiques peuvent avoir des effets positifs sur l'estime de soi des mères atteintes d'un trouble mental et leurs compétences parentales. Elles sont alors plus disponibles à combler les besoins de leurs enfants. Mais généralement, comme le mentionne les participants de notre recherche, les mères atteintes d'un trouble mental occupent rarement un emploi ce qui a un impact sur leur situation économique. Décrite par les intervenants sociaux, la situation économique des mères atteintes d'un trouble mental rejoint ce que dit la littérature (Mowbray et al., 2001). Elles vivent généralement une situation précaire au plan financier ce qui est susceptible d'influencer leurs capacités à exercer leur rôle parental. Les intervenants

sociaux sont sensibles à cette situation, comme le souligne McLennan et ses collaborateurs (1999). Ils offrent ainsi du soutien à ces mères sur cet aspect et ils en tiennent compte lors du processus de l'évaluation. En effet, selon Nair et Morrison (2000), cette dimension doit être incluse dans une évaluation des compétences et des capacités parentales car elle peut amener une autre perception de la réalité des mères. Par exemple, au premier abord, nous pouvons croire que des enfants sont négligés car ils n'ont pas des vêtements appropriés aux saisons alors que c'est plutôt des moyens financiers limités qui expliquent cette situation.

Nous croyons qu'il est essentiel de tenir compte des forces que ces mères possèdent dans le cadre de l'évaluation du risque de la maltraitance. Les intervenants sociaux que nous avons rencontrés ont peu discuté des forces et des habiletés des mères atteintes d'un trouble mental. Horwath (2005) a réalisé une étude de cas auprès d'intervenants sociaux qui évaluent les situations de négligence auprès d'enfants. Il a alors analysé cinquante-sept évaluations. Horwath (2005) constatent uniquement trois évaluations où les forces et compétences des parents ont été explorées. Selon cet auteur, « une approche basée sur les forces et compétences encourage ces familles à développer leurs compétences et leurs ressources afin de répondre à leurs besoins lors d'une situation de crise, par exemple » (Horwath, 2005, p.106). Rappelons qu'un seul participant a souligné qu'il tient compte des forces des mères lors de leur évaluation. Nous croyons que l'évaluation du risque de la maltraitance est alors incomplète si elle n'inclut pas les forces et compétences de ces mères. Cette approche permet d'axer l'évaluation sur les ressources et les forces plutôt que sur la pathologie des mères et de les encourager dans l'exercice de leur rôle parental. Dans

la littérature, plusieurs auteurs encouragent les professionnels à relever les forces de ces mères lors de l'évaluation (Buist, 1998, Mowbray et al., 1995, Nicholson et al., 1994, Oyserman et al, 1994). En considérant que ces mères ont des ressources et des forces, la façon de les évaluer sera modifiée. En effet, cette approche amène un changement d'attitude chez les intervenants sociaux. Elle encourage les intervenants sociaux à prendre en considération ce que les mères perçoivent comme étant leurs problèmes et de reconnaître leurs compétences, leurs habiletés, leurs connaissances et leurs ressources pour trouver les solutions pour les résoudre (Early, 2000). Comme le souligne Berg (1996), « par exemple, l'action qu'un intervenant social peut mener pour "protéger un enfant" de la brutalité ou de la négligence de ses parents est tout à fait différente de celle destinée à "construire de la sécurité" pour ce même enfant » (p.9). En leur reconnaissant des forces et des compétences, les mères sont amenées à participer à la construction de la sécurité de leurs enfants et deviennent donc partie prenante de la solution pour le bien-être de leurs enfants. Elles ne sont plus perçues comme des mères abusives ou négligentes, mais plutôt comme des mères qui veulent le bien-être de leurs enfants et qu'elles sont en mesure de leur procurer. On favorise alors le lien d'attachement entre des mères et leurs enfants.

Quelques hypothèses peuvent expliquer l'utilisation limitée de l'approche orientée vers les forces. Historiquement, les familles dont un membre avait un trouble mental ont souvent été perçues comme des familles dysfonctionnelles qui n'avaient pas les compétences pour résoudre leurs problèmes. Elles étaient alors écartées du plan de traitement, l'équipe traitante étant considérée comme les experts pour traiter cette personne. Récemment, la perception des équipes quant aux familles s'est modifiée.

Elles sont considérées comme des collaborateurs par les équipes traitantes, ce principe s'inscrivant dans l'approche orientée vers les forces. « La notion de collaboration fait appel à des échanges ouverts, à la circulation des informations et à une régularité des contacts entre les différents acteurs et actrices qui participent à l'élaboration, à la mise en œuvre et à l'évaluation des plans de soins et d'intervention » (St-Onge et al., 2002, p.130). Toutefois, comme le fait remarquer St-Onge et ses collaborateurs (2002), des facteurs organisationnels limitent les intervenants à collaborer avec les familles. « Par ailleurs, pour encourager cette collaboration avec les familles, la volonté devrait se traduire par des actions concrètes, comme par exemple de fournir les espaces pour rencontrer les familles et reconnaître officiellement le travail effectué auprès d'elles par les intervenants et intervenantes » (St-Onge et al., 2002, p.130). Nous pouvons croire que si les politiques des établissements ne favorisent pas une collaboration entre les équipes traitantes et les familles, il peut être alors difficile pour les intervenants sociaux d'utiliser l'approche orientée vers les forces étant donné que le contexte organisationnel ne privilégie pas cette approche.

De plus en plus, cette approche est enseignée aux étudiants en service social et des formations sont offertes aux intervenants sociaux. Seulement quelques participants de notre recherche ont discuté des formations qu'ils reçoivent et de la littérature qu'ils lisent. Nous sommes étonnées de ce résultat étant donné la complexité de la réalité de ces mères. Nous croyons que des formations offertes sur l'approche orientée vers les forces sont pertinentes dans le contexte où elles offrent aux intervenants une nouvelle façon de percevoir ces mères et leurs réalités. Des

formations spécifiques aux réalités des mères ayant un trouble mental sont également nécessaires afin de mieux outiller les intervenants pour l'évaluation du risque de la maltraitance. Malgré que la surcharge de travail ait été soulignée que par un participant, nous pouvons supposer que cette réalité est vécue par plusieurs intervenants et qu'elle influence le temps consacré à la lecture d'articles portant sur cette réalité ou à la participation de formation.

Bien que la responsabilité de se maintenir à jour dans les recherches portant sur les différentes problématiques d'intervention incombe d'abord aux intervenants, il est par ailleurs important de souligner le rôle institutionnel et organisationnel des gestionnaires qui peuvent mettre en place un cadre facilitant l'accès aux ressources de la littérature et à la formation continue, notamment en attribuant des plages horaires réservées à ces activités.

En nous basant sur les propos des répondants, nous avons décrit deux modèles relationnels entre les mères atteintes d'un trouble mental et leurs enfants. D'abord, les intervenants sociaux perçoivent qu'il y a des mères qui veulent développer un lien affectif avec leurs enfants. Ces mères répondent aux besoins de base de leurs enfants mais également, elles sont sensibles à leurs besoins affectifs : avoir du plaisir avec eux, procurer un sentiment de sécurité et de confiance à leurs enfants. D'autres mères se préoccupent principalement des besoins de base de leurs enfants, selon la perspective de nos répondants. Elles s'assurent que leurs enfants mangent, qu'ils aient des vêtements appropriés et elles voient aux soins d'hygiène. Par contre, elles feront peu d'activités avec eux et il semble que leur relation affective soit plus

superficielle. Possiblement, ces mères souhaitent, elles aussi, développer un lien affectif avec leurs enfants mais elles n'ont peut-être pas les capacités et les compétences pour créer ce lien. Comme nous l'avons mentionné précédemment, certaines mères n'ont pas bénéficié d'un modèle parental approprié et donc, il peut être difficile pour ces mères de créer un lien affectif avec leurs enfants alors qu'elles n'ont pas eu ce lien avec leurs propres parents. Ou encore, comme une participante l'a rapporté, lorsque les symptômes du trouble mental sont envahissants, ils minent les capacités de ces mères à développer un lien affectif avec leurs enfants. Par ailleurs, Montgomery et ses collaborateurs (2006) constatent que les mères aux prises avec un trouble mental, qu'elle a rencontrées, veulent développer une relation significative avec leurs enfants. Toutefois, pour plusieurs mères de son échantillon, la parentalité est perçue comme un travail qu'elles exécutent de façon routinière et rigide. Cette conception de leur rôle parental devient une stratégie d'adaptation pour certaines mères. En effet, en établissant une routine parentale, les possibilités d'imprévu sont alors amoindries, selon Montgomery et ses collaborateurs (2006) et ainsi, ces mères évitent des sources d'anxiété et de stress. Elles focalisent uniquement sur les besoins de base de leurs enfants puisqu'elles ne sont pas en mesure de gérer simultanément les besoins de base et affectifs de leurs enfants tout en pensant à elles et à leurs propres besoins.

De plus, l'hospitalisation des mères est un autre facteur qui est susceptible d'influencer le lien entre elles et leurs enfants. Cet aspect a été peu abordé par les répondants de notre recherche. Cette situation est fort étonnante étant donné que huit des douze participants à notre recherche travaillent en milieu hospitalier. Qu'est-ce

qui explique cette omission ? Ou bien les intervenants ne considèrent pas qu'il s'agit d'un facteur important qui influence la relation parentale, ou bien cette réalité est tellement omniprésente qu'ils ne songent même pas à en parler lors des entrevues. Ou comme nous l'avons mentionné précédemment, peu de formations sont offertes sur la spécificité de la réalité des mères aux prises avec un trouble mental et donc, il peut être difficile de comprendre la complexité de leur réalité. Peu importe les raisons de cette omission, nous pensons qu'il est important de souligner que cette réalité est bien présente pour les mères ayant un trouble mental. L'hospitalisation fragilise les liens entre les mères et leurs enfants (Montgomery et al., 2006). Bien souvent, elles voient peu leurs enfants pendant leur hospitalisation. Au retour à la maison, elles éprouvent des difficultés à reprendre leurs activités et responsabilités parentales étant donné que lors de l'hospitalisation, elles n'ont pas eu à les réaliser et à les assumer. Pour les enfants, cette situation peut être pénible car ils sont susceptibles de recevoir des soins physiques et émotionnels inadéquats (Thomas et Kalucy, 2003). Hollingsworth (2004) souligne qu'une longue histoire de la maladie et un nombre important d'hospitalisations peuvent avoir comme conséquence la perte des droits parentaux pour les mères atteintes d'un trouble mental. Par conséquent, pour une évaluation approfondie, il apparaît important de tenir compte de ce facteur afin de bien comprendre la relation entre les mères porteuses d'un trouble mental et leurs enfants.

La moitié seulement des répondants a mentionné qu'ils évaluent la relation qu'entretiennent ces mères avec leurs enfants. Nous sommes étonnée car nous pensons que c'est un élément essentiel à considérer lors d'une évaluation du risque de

la maltraitance. Toutefois, il faut prendre en considération les particularités de cette évaluation dont le caractère d'urgence dans lequel elle peut se dérouler et où l'intervenant doit rapidement se prononcer quant à la potentialité de la compromission aux niveaux du développement et de la sécurité des enfants dont nous avons déjà parlé. Il se concentre alors sur la réponse des mères quant aux besoins de base de leurs enfants dont leur sécurité et leur développement. Ou encore, les jours suivant l'accouchement, les infirmières peuvent observer les interactions entre les mères et leur bébé pour ensuite donner les informations aux intervenants sociaux qui pourront ainsi compléter leur évaluation. Buist (1998) souligne qu'il est indispensable d'observer les interactions entre les mères et leurs enfants pour mener une évaluation du risque de la maltraitance. Elle suggère d'observer les contacts visuels, la façon dont les mères vont surveiller leurs enfants lorsqu'ils se déplacent et la manière dont elles prennent soin d'eux lorsqu'ils sont fatigués ou fâchés, par exemple. Elle encourage à questionner les mères sur la façon dont elles perçoivent leurs enfants. « Les parents abusifs expriment souvent une attitude négative à l'égard de leur enfant et ont des attentes et des perceptions non réalistes » (Buist, 1998, p.264). Nair et Morrison (2000) vont dans le même sens. Ils croient qu'il est essentiel de considérer les attentes des mères envers leurs enfants. Ont-elles des attentes qui correspondent au stade de développement de leurs enfants ? En fait, les mères qui ont des exigences irréalistes sont susceptibles d'adopter des comportements punitifs et négligents envers leurs enfants puisque ces derniers ne répondent pas aux attentes qu'elles ont (Buist, 1998, Nair et Morrison, 2000). Donc, malgré le contexte d'urgence dans lequel les intervenants sociaux mènent une évaluation du risque de la maltraitance, nous constatons que les interactions entre les mères et leurs enfants

procurent aux intervenants des aspects utiles pour déterminer le risque de compromission aux niveaux de la sécurité et du développement des enfants.

La relation mère-enfant a des impacts sur le comportement de leurs enfants. Les intervenants sociaux ont nommé quelques éléments qui caractérisent les enfants de ces mères. Ces enfants sont susceptibles de présenter des troubles de comportements ou bien, être retirés. Parallèlement, la majorité des intervenants sociaux a affirmé qu'ils tiennent compte des comportements de l'enfant lors de leur évaluation. Toutefois, il est difficile de départager l'influence directe des manifestations du trouble mental de la mère et les relations conjugales conflictuelles, les séparations entre l'enfant et sa mère dues aux hospitalisations ou encore, les conditions socio-économiques précaires sur les enfants (Foster et al., 2004/5). Les réalités de ces mères sont complexes et plusieurs facteurs peuvent influencer leurs capacités à exercer leur rôle parental et donc, plusieurs éléments ont un impact sur le comportement et la personnalité de leurs enfants. Foster et ses collaborateurs (2004/5) ont recensé des facteurs de protection qui favorisent le développement de la résilience chez les enfants. Ils divisent ces facteurs en deux catégories : les facteurs personnels de l'enfant et ceux provenant de l'environnement. Les facteurs personnels comprennent son quotient intellectuel, son estime de soi, sa capacité à gérer ses émotions, ses habilités à être autonome, son optimisme, son tempérament, sa capacité à dédramatiser des situations problématiques, son implication dans des activités sociales et ses capacités à entrer en relation avec les autres. Un suivi avec un professionnel et des encouragements provenant d'un adulte duquel l'enfant est proche

et se sent en confiance sont des facteurs environnementaux qui facilitent le développement de ses capacités de résilience (Foster et al., 2004/5).

Par ailleurs, peu de répondants ont abordé la cooccurrence d'un trouble mental et d'une consommation d'alcool et/ou de drogue pour décrire les mères aux prises avec un trouble mental. Toutefois, ceux qui l'ont mentionné reconnaissent que cela complexifie la situation parentale de ces mères. Par exemple, les mères atteintes d'un trouble mental peuvent avoir des compétences parentales pour prendre soin de leurs enfants mais leurs capacités sont susceptibles d'être minées au moment où elles sont intoxiquées. Nous sommes étonnée que peu de répondant ait parlé de cette réalité. En effet, le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS, 2006) estime qu'entre le tiers et la moitié des clients soignés en psychiatrie ont des problèmes de toxicomanie. Malheureusement, nous n'avons pas trouvé de statistique spécifique à la réalité des mères atteintes d'un trouble mental et par conséquent, nous ne pouvons appliquer cette statistique à la réalité des mères. Mais, nous pouvons supposer que la cooccurrence d'un trouble mental et d'une consommation d'alcool et/ou de drogue est bien présente chez certaines mères ayant un trouble mental. De plus, nous pensons que la consommation a un impact sur les symptômes du trouble mental et que ceux-ci peuvent être exacerbés par la consommation de drogues et/ou d'alcool ce qui aura sûrement pour effets de diminuer les capacités parentales des mères.

La plupart des répondants ont discuté de la cooccurrence comme une dimension à évaluer lors de l'évaluation du risque de la maltraitance. Ils évaluent alors si les mères qui consomment reconnaissent les impacts de leur consommation sur le bien-

être et la sécurité de leurs enfants et si elles prennent alors les précautions nécessaires pour protéger leurs enfants au moment où elles sont intoxiquées. Selon la littérature, cette cooccurrence entraîne un haut risque de négligence parentale qui se traduit par une impulsivité, des comportements violents et/ou imprévisibles (Éthier et al., 1992, Fudge et al., 2004). Par conséquent, il demeure essentiel de bien connaître la réalité des mères qui présentent une cooccurrence (trouble mental et consommation) afin de documenter cette réalité lors de l'évaluation du risque de la maltraitance car les enfants peuvent être témoins d'événements tragiques ou être victimes de négligence.

Unanimement, les participants de notre recherche ont souligné le caractère essentiel de la reconnaissance ou du déni du trouble mental par les mères pour décrire leur réalité. Ils sont sensibles à la reconnaissance ou non du trouble mental par les mères et ils constatent que le degré de leur autocritique a des impacts sur leurs capacités à exercer leur rôle parental. Par exemple, lorsque les mères atteintes d'un trouble mental sont en mesure de nommer leurs symptômes et leurs impacts sur leurs capacités parentales, elles sont plus disposées à aller chercher de l'aide quand leur état est plus fragile. Dans la littérature consultée, nous retrouvons que l'acceptation du trouble mental et l'engagement dans un traitement médical et psychosocial par ces mères favorisent le maintien de leurs capacités à exercer leur rôle parental (Boily et al., 2006, Brunette et al., 2002, Montgomery et al., 2006). Mullick et ses collaborateurs (2001) insistent sur la capacité de ces mères à développer une introspection quant au trouble mental afin qu'elles soient plus disponibles à recevoir de l'aide. Les participants ont souligné qu'ils interviennent sur ces aspects auprès des mères afin qu'elles développent une autocritique en lien avec le trouble mental, mais

également de ces impacts sur leurs capacités et compétences parentales. Par exemple, ils font de l'enseignement aux mères quant aux effets du trouble mental sur leur fonctionnement social et sur leurs enfants. Ou encore, ils adoptent une attitude responsabilisante envers les mères pour les sensibiliser à s'impliquer dans leur traitement médical ou psychosocial.

Toutefois, une minorité d'intervenants a souligné que l'autocritique est prise en considération lors de l'évaluation. Nous avons dû mal à expliquer cette situation. D'une part, ils considèrent cet aspect important pour décrire la réalité de ces mères mais d'autre part, ce n'est pas un élément inclus dans l'évaluation. De plus, une minorité d'intervenants évalue la prise de la médication chez les mères, alors que la prise de la médication est un aspect important du traitement afin qu'elles retrouvent ou maintiennent leurs capacités à exercer leur rôle parental (Brunette et al., 2002). Huit des répondants de notre recherche travaillent en milieu hospitalier général ou psychiatrique et donc, cette dimension est susceptible d'être évaluée par le psychiatre de l'équipe. Ainsi, les intervenants sociaux n'évaluent peut-être pas cette dimension mais l'évaluation du psychiatre complète leur évaluation. Plusieurs auteurs (Mullick et al., 2001, Nair et Morrison, 2000) soulignent que l'absence d'autocritique en lien avec le trouble mental et le refus d'un traitement médical, chez les mères présentant un trouble mental, fragilisent leurs compétences et leurs capacités parentales. Par conséquent, selon nous, il est inévitable de tenir compte de ces aspects lors de l'évaluation du risque de la maltraitance car les mères, ne reconnaissant pas le trouble mental et les symptômes associés et n'adhérant pas au traitement médical, sont

susceptibles de ne pas être en mesure d'offrir un environnement sain et sécuritaire à leurs enfants.

L'un des objectifs de notre recherche est de connaître la perception des intervenants sociaux quant à l'influence des manifestations du trouble mental sur la parentalité des mères présentant un trouble mental. Ils ont donc été invités à décrire cet aspect. Les répondants ont discuté du fonctionnement social de ces mères et de la façon dont elles comblaient les besoins de base de leurs enfants. Comme nous l'avons mentionné précédemment, la plupart d'entre eux ont parlé de la fatigue et du manque d'énergie comme manifestations qui affectent le fonctionnement social des mères et donc, leurs capacités à exercer leur rôle parental. Selon la perspective des répondants, les mères éprouvent alors des difficultés à réaliser les activités de la vie quotidienne et domestique et à maintenir une routine. Ces mères sont susceptibles également d'éprouver des difficultés à maintenir une constance au plan disciplinaire et des règles. Les répondants rapportent que la stimulation au plan développemental des enfants n'est pas une mince tâche pour ces mères. À ce propos, nous retrouvons dans la littérature, une majorité d'études réalisées auprès de mères ayant un trouble dépressif et qui sont susceptibles de ressentir de tels symptômes (Mowbray et al., 2002). Ce que les participants ont rapporté rejoint ce que dit la littérature à ce propos (Ackerson, 2003a, Buist, 1998, Mowbray et al., 2002). Toutefois, les répondants s'attardent uniquement à la réponse offerte par les mères aux besoins de base et éducatif de leurs enfants et ils ont peu abordé les impacts du trouble dépressif sur le lien d'attachement entre les enfants et leurs mères. Ils ont décrit les relations entre les mères et leurs enfants mais ils n'ont pas spécifié de quelles façons les symptômes

peuvent influencer ces relations. Pourtant, Mowbray et ses collaborateurs (2002) et Oyserman et ses collaborateurs (2000) rapportent de nombreuses études qui montrent que les mères dépressives ont moins d'interactions avec leurs enfants et expriment moins de marques d'affection, ce qui fragilise le lien d'attachement entre les mères et leurs enfants. Un manque de motivation ou d'apathie pourraient expliquer cette situation (Thomas et Kalucy, 2003). Ces manifestations peuvent être causées par le trouble mental ou encore par les effets secondaires de la médication, comme par exemple, la sédation ou la somnolence (Brunette, 2002) ce qui a été peu abordé par les participants de notre recherche. Étonnamment, autant la tristesse que l'anxiété n'ont pas été abordées par les participants à notre recherche. Or, les mères dépressives sont susceptibles d'éprouver de la tristesse qui amoindrit leur disponibilité affective à leurs enfants (Buist, 1998, Fudge, 2004). Quant aux mères qui éprouvent de l'anxiété, elles sont susceptibles de surprotéger leurs enfants, craignant qu'ils leur arrivent quelque chose (Buist, 1998). La dépression entraîne également des impacts au niveau de la capacité des mères à se concentrer (Santé Canada, 2002). En raison de leurs incapacités à se concentrer, les mères ayant une dépression peuvent avoir des difficultés à prendre des décisions concernant les soins aux enfants.

Les intervenants sociaux que nous avons rencontrés ont bien cerné les difficultés qu'éprouvent les mères présentant un trouble de la personnalité limite. Leur impulsivité et leur l'instabilité affectent leurs capacités parentales ce qui rejoint ce que Nair et Morisson (2000) rapportent. En effet, selon eux, les mères ayant un trouble de la personnalité limite ont des symptômes dont la colère excessive et

l'impulsivité qui « interfèrent sur leurs capacités à contrôler leurs impulsions, sur leur jugement et sur leur empathie ce qui les prédisposent à adopter des comportements négligents ou abusifs envers leurs enfants » (p.526). Les participants de notre recherche notent qu'habituellement, les mères ayant un trouble de la personnalité limite, montre une meilleure disponibilité à leurs enfants lorsqu'elles ne vivent pas une crise. Buist (1998) précise que les enfants sont plus à risque de subir un abus lorsque les mères souffrent intensément.

La majorité des intervenants sociaux de notre échantillon a la possibilité d'intervenir auprès de mères qui présentent un trouble psychotique mais seulement six d'entre eux nous ont décrit les symptômes psychotiques et leurs impacts. Nous remarquons que ceux qui ont discuté des symptômes reliés au trouble psychotique sont informés et voient leurs effets sur les capacités de ces mères à exercer leur rôle parental. Par exemple, ils ont mentionné que les mères aux prises avec un trouble psychotique établissent difficilement un lien affectif avec leurs enfants ce que nous retrouvons dans la littérature (Ackerson, 2003a, Brunette et al., 2002, Craig, 2004, Goodman et al., 1990, Rogosch et al., 1992). Les répondants ont également décrit les différents symptômes comme les idées délirantes ou les hallucinations qui influencent les capacités des mères à combler les besoins de base et affectifs de leurs enfants. Fudge et ses collaborateurs (2004) relèvent que ces mères qui présentent ces symptômes sont susceptibles de procurer des soins inadaptés aux besoins de leurs enfants car leur jugement est alors altéré.

Toutefois, peu d'intervenants ont discuté des symptômes négatifs et leurs répercussions sur les mères. Pourtant ces symptômes ont des effets majeurs sur les capacités des mères à exercer leur rôle parental. Ces symptômes négatifs dont l'apathie et le manque de motivation ne favorisent pas les interactions entre les mères et leurs enfants. Par exemple, elles éviteront de faire des activités avec leur enfant. Ou encore, le manque d'initiative affecte leurs capacités à réaliser les activités de la vie quotidienne et domestiques (Thomas et Kalucy, 2003). Comme nous l'avons mentionné précédemment, des effets secondaires de la médication dont la sédation et la somnolence peuvent avoir ces mêmes effets. Certains intervenants sociaux peuvent avoir l'impression que ces mères sont négligentes car malgré leur état stabilisé elles ne font pas d'activités avec leurs enfants alors que le manque de motivation ou d'apathie est une manifestation du trouble mental ou un effet de la médication.

Lors de l'évaluation du risque de la maltraitance, la plupart des intervenants ont mentionné qu'ils portent un regard sur l'état psychiatrique en général des mères mais seulement la moitié prend en considération l'intensité des symptômes. Nous supposons que les psychiatres réalisent cette partie de l'évaluation. Quelques participants ont spécifié qu'ils tiennent compte de la présence des symptômes psychotiques et qu'ils évaluent leurs impacts sur les capacités des mères atteintes d'un trouble mental. Pourtant, la littérature à ce propos (Boily et al., 2006, Brunette et al., 2002, Buist, 1998, Jacobsen et al., 1997, Mowbray et al., 1995, Nair, 2000) montre l'importance de regarder les symptômes en qualifiant leur intensité et leur sévérité. En effet, l'intensité des symptômes est variable dans le temps et donc, leurs

effets varient parallèlement. Même si cette partie de l'évaluation est faite par les psychiatres, nous croyons qu'il est essentiel lors d'une évaluation du risque de la maltraitance de mesurer l'intensité et la sévérité des symptômes afin de bien cerner leurs impacts sur les capacités des mères atteintes d'un trouble mental à exercer leur rôle parental (Ackerson, 2003a). Rogosh et ses collaborateurs (1992) soulignent que la chronicité et la sévérité des symptômes sont des déterminants qui influencent les attitudes parentales des mères. Hollingsworth (2004) abonde dans le même sens en affirmant que la perte des droits parentaux des mères n'est pas causée uniquement par le diagnostic mais plutôt par une longue histoire de la maladie et davantage d'hospitalisations. Le diagnostic ne doit pas être le seul facteur pris en considération par les intervenants sociaux lors d'une évaluation du risque de la maltraitance mais également il est important de spécifier la nature des symptômes associés, leurs intensités et leurs effets sur les capacités des mères à répondre aux besoins de base, affectif, éducatif et disciplinaire de leurs enfants.

5.1.2 L'environnement des mères atteintes d'un trouble mental

Un aspect particulier de la profession du travail social est de « comprendre un individu dans son contexte social » (Lecomte, 2000, p.26) ce qui signifie que dans leurs pratiques professionnelles, les intervenants sociaux portent un regard sur les interactions qu'entretiennent les individus avec leur environnement. Nous constatons que cette spécificité de la profession se traduit dans les pratiques de tous les participants de notre recherche, particulièrement lors l'évaluation du risque de la maltraitance. Tous les intervenants sociaux ont décrit les relations familiales et

conjugales des mères porteuses d'un trouble mental et cet élément est pris en compte lors de l'évaluation. D'abord, les intervenants sociaux ont décrit les relations conjugales des mères atteintes d'un trouble mental. Ils ont unanimement rapporté que ces mères ont des relations conflictuelles ou instables avec leur conjoint, mais certains ont souligné que des mères entretiennent une relation conjugale stable, spécifiant que cette réalité est exceptionnelle. Cette relation influence leurs capacités à exercer leur rôle parental. En effet, selon les répondants, les mères qui ont un conjoint stable reçoivent du soutien pour les tâches domestiques ou encore, pour répondre aux besoins des enfants ce qui leur permet, dans bien des situations, de préserver leur rôle parental. En plus, en étant soutenues, ces mères sont susceptibles de se montrer plus disponibles à leurs enfants. Une intervenante mentionne également que lorsqu'un conjoint est présent, il est susceptible de représenter une figure parentale positive pour les enfants ce qui peuvent les rassurer lorsque l'état de la mère est fragile. Selon Jack (1997), « les mères qui reçoivent un soutien émotionnel adéquat se sentent davantage empathiques envers leurs enfants et sont davantage capables de développer des stratégies disciplinaires appropriées ce qui pourrait réduire l'incidence d'abus physiques » (p.111). Alors que lorsqu'elles ne reçoivent pas un soutien approprié de la part de leur conjoint, elles risquent de ne pas être en mesure de prendre soin des enfants. D'après les répondants, les mères atteintes d'un trouble mental éprouvent des difficultés à répondre à leurs besoins et simultanément à combler ceux de leurs enfants. Dans son étude, Hollingsworth (2004) recense que la plupart des mères qui n'ont plus la garde de leurs enfants sont séparées. Nous ne croyons pas que la monoparentalité entraîne la perte de la garde des enfants chez les mères atteintes d'un trouble mental. Toutefois, en nous basant

sur les propos des répondants et de la littérature, l'absence d'un soutien adéquat provenant d'un conjoint auprès des mères peut être un facteur de risque pour les enfants, surtout s'il est associé à d'autres éléments potentiellement défavorables, comme par exemple, la présence d'un réseau familial limité.

Les intervenants notent une incompréhension de certains des proches de ces mères quant au trouble mental et de ses impacts sur leur fonctionnement social. Ils constatent que bien souvent, les membres de la famille ont de la difficulté à cerner et à comprendre les difficultés que ces mères peuvent éprouver dans l'exercice de leur rôle parental. Certains proches ont l'impression que les mères pourraient en faire davantage pour leurs enfants. Cette réalité est décrite dans la littérature (Ackerson, 2003b, Boily et al., 2006, Mowbray et al., 2000, Nicholson et al., 1998b). En effet, Nicholson et ses collaborateurs (1998b) rapportent que les mères peuvent se sentir jugées par leur famille. Ou encore, elles rapportent être déresponsabilisées car leur proches prennent des décisions concernant leurs enfants, sans se préoccuper de leurs avis.

Jack (1997) a recensé trois types de soutien que les mères peuvent recevoir : un soutien émotionnel, un soutien qui favorise l'intégration sociale et un soutien pour réaliser des activités dans le quotidien. Les participants de notre recherche ont principalement décrit l'aide que les mères reçoivent dans leur quotidien. Cette aide se traduit par un soutien pour la réalisation des tâches domestiques ou encore, pour prendre soin des enfants lorsque leur état est plus fragile. Dans plusieurs cas, un adulte autre que ces mères peut devenir un modèle parental pour leurs enfants et ainsi

représenter une figure parentale positive. Les répondants ont d'ailleurs discuté du soutien émotionnel que les grands-parents peuvent apporter à leurs petits-enfants mais celui qu'ils procurent aux mères n'a pas été abordé. Comme nous l'avons mentionné précédemment, certaines mères n'ont pas bénéficié d'un modèle parental approprié pendant leur enfance et cette réalité est susceptible de se refléter dans leur relation avec leur parent à l'âge adulte. Nous pouvons supposer que les grands-parents offrent un soutien concret aux mères mais que le lien affectif entre eux est distant. Certains de ces grands-parents ont eux-mêmes des troubles mentaux ce qui peut limiter le soutien qu'ils peuvent offrir tant pour leurs filles devenues mères que pour leurs petits-enfants. Ou encore, plusieurs mères éprouvent des difficultés pour établir et maintenir des relations et donc, leur lien avec leur parent peut se limiter au soutien concret (Nicholson et al., 1998).

Il est donc nécessaire que les intervenants sociaux portent une attention particulière aux relations familiales et conjugales de ces mères et qu'ils interviennent auprès de leur réseau afin d'offrir du soutien et de l'information quant au trouble mental et de ses impacts sur les capacités parentales. Les participants ont constaté que ce rôle leur revenait. Nous devons reconnaître que certaines mères avec un trouble mental éprouvent des difficultés à exercer leur rôle parental étant donné l'intensité et la sévérité de leurs symptômes. Nous ne pouvons pas ignorer ces difficultés et donc, la prise en charge des enfants par les proches peut s'avérer nécessaire dans certaines situations. Il faut aussi tenir compte des besoins des enfants et s'assurer que leurs mères y répondent. Dans ce sens, la présence d'un conjoint ou du réseau familial peut apporter le soutien nécessaire aux mères, surtout lorsqu'elles vont moins bien

(Nicholson et al., 1998). Les intervenants sociaux doivent jouer alors un rôle de sensibilisateur et donner de l'information aux mères et à leurs proches ce qui, selon nous, est spécifique à leur profession.

Évidemment, les intervenants sociaux évaluent les relations conjugales et familiales des mères atteintes d'un trouble mental afin de voir si les proches peuvent les soutenir dans l'exercice de leur rôle parental. Par exemple, ils considèrent alors si le conjoint souhaite s'impliquer auprès de son enfant et s'il est en mesure de répondre à ses besoins de base. La qualité du lien entre la mère et son conjoint est alors prise en considération. Les répondants évaluent sensiblement ces mêmes dimensions pour les membres de la famille afin de déterminer s'ils peuvent soutenir les mères. Jacob et Laberge (2001) jugent que les « capacités du milieu » doivent être prises en compte lors d'une évaluation du risque de la maltraitance car comme nous l'avons expliqué, les proches des mères peuvent lui apporter un soutien indispensable qui lui permettra de préserver son rôle parental. Quant à Nair et Morrison (2000), ils considèrent que la présence d'un conjoint ou des membres de la famille peut être un facteur de protection pour les enfants car ils pourront les protéger lorsque l'état des mères se fragilise.

5.1.3 Les enjeux reliés à l'évaluation du risque de la maltraitance

Les intervenants sociaux que nous avons rencontrés ont spécifié quelques facteurs que nous avons regroupé en trois catégories qui influencent le processus de l'évaluation du risque de la maltraitance : la structure organisationnelle, le lien avec

les partenaires du réseau et la relation de confiance entre les intervenants sociaux et les mères atteintes d'un trouble mental et leurs proches. Nous discuterons de ces différents aspects en lien avec la littérature à ce sujet.

D'abord, les mères ayant un trouble mental présentent des réalités complexes. D'une part, elles sont atteintes d'un trouble mental qui demande des soins et des services spécifiques liés à leur condition médicale. D'autre part, elles assument des responsabilités parentales qui requiert des services particuliers en lien avec leur parentalité afin qu'elles puissent développer des habiletés et/ou préserver leurs capacités à exercer leur rôle parental. Selon tous les participants de notre recherche, la présence d'une équipe multidisciplinaire est nécessaire lors de l'évaluation du risque de la maltraitance compte tenu de la complexité de la réalité des mères et de leurs enfants. L'apport d'expertises d'intervenants de différentes professions favorise une meilleure compréhension de la situation de ces mères, permettant ainsi aux intervenants sociaux de réaliser une évaluation du risque de la maltraitance plus complète qui prend en considération les différentes dimensions liées à la réalité de ces mères et de leurs enfants. Pour les répondants, une équipe multidisciplinaire est composée principalement d'un médecin et d'une infirmière. Parfois, ils ont mentionné la présence d'un éducateur ou d'un psycho-éducateur au sein de l'équipe multidisciplinaire, leur rôle est alors orienté vers l'évaluation des enfants des mères atteintes d'un trouble mental.

Nous retrouvons dans la littérature, quelques auteurs (Duncan et Reder, 2003, Jacobsen et al., 1997, Nair et Morrisson, 2000) qui ont souligné la contribution de

différents professionnels lors de l'évaluation du risque de la maltraitance. Par exemple, les psychiatres évaluent l'état psychiatrique des mères atteintes d'un trouble mental dont les symptômes qu'elles présentent et leur intensité, leur dangerosité, leur histoire psychiatrique. Les intervenants sociaux se concentrent davantage sur les aspects relationnels entre les mères et leurs enfants, le soutien des proches, la situation aux niveaux financier et de l'hébergement. Quant aux éducateurs ou aux psycho-éducateurs, ils portent un regard sur la situation des enfants. Ils peuvent alors recueillir les propos des enfants sur ce qu'ils vivent ou évaluer s'ils présentent un retard au niveau de leur développement. Lors du séjour hospitalier après l'accouchement des mères présentant un trouble mental, les infirmières ont la possibilité d'observer les interactions entre ces mères et leurs enfants et la réponse que ces dernières donnent aux besoins de base de ceux-ci. Toutes ces évaluations juxtaposées les unes aux autres permettent aux intervenants sociaux d'évaluer le risque de la maltraitance de façon plus éclairée et d'être mieux informée.

Les participants à notre recherche ont mentionné l'importance de développer une collaboration avec les partenaires du réseau comme les CLSC, les milieux hospitaliers, la DPJ ou encore, les organismes communautaires afin de mener une évaluation du risque de la maltraitance. Selon eux, cette collaboration favorise une meilleure coordination de l'évaluation en permettant l'échange d'informations et un partage des risques. Toutefois, ils n'ont pas décrit les conditions qui favorisent une telle collaboration. Darlington et ses collaborateurs (2005) ont constaté qu'une collaboration entre les services offerts aux parents et ceux pour les enfants permet de

répondre plus rapidement et plus efficacement aux besoins des mères et de leurs enfants et donc, de diminuer les séparations familiales.

Certains participants ont noté que la collaboration avec la DPJ est plus difficile à établir car la DPJ a des critères rigides pour retenir un signalement et que les intervenants sociaux de la DPJ sont portés à mettre fin au suivi lorsque la situation semble stable. Nous supposons que les intervenants sociaux qui travaillent dans les services pour adultes atteints d'un trouble mental ont une meilleure connaissance de la réalité complexe des mères dont les symptômes associés au trouble mental et leurs impacts sur les capacités parentales de ces mères alors que les intervenants sociaux qui oeuvrent dans les services de protection des enfants s'attardent davantage aux conséquences de ce trouble sur les enfants et donc, sur le risque de maltraitance. Par conséquent, leur conceptualisation de la réalité des mères atteintes d'un trouble mental et de leurs enfants diffère, les uns se concentrant sur les mères et les autres, sur les enfants, ce qui affecte la communication entre les intervenants et donc, des décisions à prendre quant au risque de maltraitance. Darlington et ses collaborateurs (2005) ont recensé les obstacles à la collaboration entre des intervenants de diverses professions qui travaillent à l'intérieur des services pour les adultes atteints d'un trouble mental et ceux, pour la protection des enfants. Le savoir, l'identité des professionnels et les bases théoriques avec lesquelles ils interviennent sont des obstacles à la collaboration entre les professionnels de ces deux services étant donné que leurs perceptions se distinguent.

Nous avons constaté que les recherches faites à ce propos (Ackerson, 2003a, Alakus et al., 2007, Barbour et al., 2002, Bibou-Nikou, 2004, Blanch et al., 1994, Brunette et al., 2002, Carrière et al., 2004) dénoncent le manque de collaboration entre les services offerts pour les adultes et ceux pour les enfants. Boily et ses collaborateurs constatent (2006) que

ce cloisonnement joue contre les personnes aux prises avec un trouble mental grave et leurs familles. Une analyse globale qui tienne compte de tous les déterminants de leur situation permettrait d'orienter les interventions sur l'ensemble des aspects à considérer. En même temps qu'on atténue la symptomatologie liée au problème de santé mentale, il faut se préoccuper des problèmes psychosociaux qui en émanent et vice versa. Si l'enfant a besoin de protection au regard des comportements négligents, il est important de s'attarder à l'origine de ces comportements et aux moyens à prendre pour les modifier. Évitions que chacun aille dans la direction que lui dicte son mandat, ignorant ce que font les autres professionnels au dossier. Il faut favoriser un plan d'ensemble et un continuum de services (p.196).

Dans son Plan d'action en santé mentale 2005-2010, le MSSS (2005) reconnaît qu'une collaboration entre les différents services est nécessaire afin d'offrir les services appropriés.

Par ailleurs, les intervenants sociaux de notre échantillon ont souligné l'importance du lien de confiance entre eux et les mères atteintes d'un trouble mental et leurs proches. Bien évidemment, la relation d'aide est basée sur le lien de confiance et donc, il sera plus aisé pour les intervenants de recueillir de l'information sur la situation des mères auprès de qui ils interviennent s'ils ont sa confiance et celles de leurs proches. Cette relation de confiance n'est pas toujours aisée à développer

surtout si les mères se sentent stigmatisées ou si elles craignent de perdre la garde de leurs enfants. Elles auront alors tendance à difficilement se confier sur leurs difficultés en lien avec leur rôle parental si elles ont peur de perdre la garde de leurs enfants. Nous croyons que des services intégrés offerts à ces mères à titre préventif favoriserait le lien de confiance entre les mères et leur intervenant. Idéalement, ces services intégrés proposeraient des services pour les mères en lien avec leur trouble mental mais également pour l'exercice de leur rôle parental et pour leurs enfants. Si ces mères recevaient des services dès le début de leur grossesse ou au moment de la naissance de leur enfant, on éviterait alors qu'elles associent les intervenants à une autorité qui surveille leurs conduites parentales. On peut également supposer qu'en proposant des services adéquats qui répondent aux besoins des mères et de leurs familles, le risque de maltraitance pourrait diminuer car ces mères recevraient ainsi du soutien pour exercer leur rôle parental et leurs enfants bénéficieraient d'un suivi qui renforcerait leurs capacités de résilience. Les proches pourraient également participer au suivi et seraient davantage sensibilisés aux impacts du trouble mental sur les capacités des mères à exercer leur rôle parental. Les intervenants ont constaté que les proches montrent une incompréhension envers ces mères mais bien souvent, ils ont reçu peu d'information sur le trouble mental et de ses impacts sur le fonctionnement social et donc, sur les capacités de ces mères à exercer le rôle parental.

5.2 Un modèle d'évaluation du risque de la maltraitance

Un des objectifs de notre recherche est de proposer un modèle d'évaluation pour évaluer le risque de la maltraitance chez les mères aux prises avec un trouble mental. Plusieurs participants de notre recherche ont proposé que ce modèle soit schématique où on retrouverait les principaux thèmes conjuguant les différents aspects liés à la réalité de ces mères et de leur environnement. Ils ont mentionné qu'ils seraient portés à utiliser ce modèle s'il était conçu de façon pratique et sous forme d'un aide-mémoire. Ils pourraient donc l'utiliser lors des entrevues qu'ils font avec les mères, comme aide-mémoire. Ou encore, ce modèle serait utile lors du processus décisionnel car il permettrait de mieux comprendre et de conceptualiser la situation des mères. En nous basant sur la revue de la littérature que nous avons réalisée et des entrevues que nous avons faites, nous proposons un modèle d'évaluation dans lequel les différentes dimensions recensées sont nommées. Nous avons utilisé le cadre conceptuel écologique pour élaborer ce modèle. Comme nous l'avons déjà mentionné, le cadre conceptuel écologique est divisé en plusieurs niveaux et chacun est inter-relié. Ce modèle permet donc d'évaluer les mères à l'intérieur de leur environnement en tenant compte des interactions que les mères partagent avec celui-ci.

Modèle d'évaluation du risque de la maltraitance chez les mères atteintes d'un trouble mental

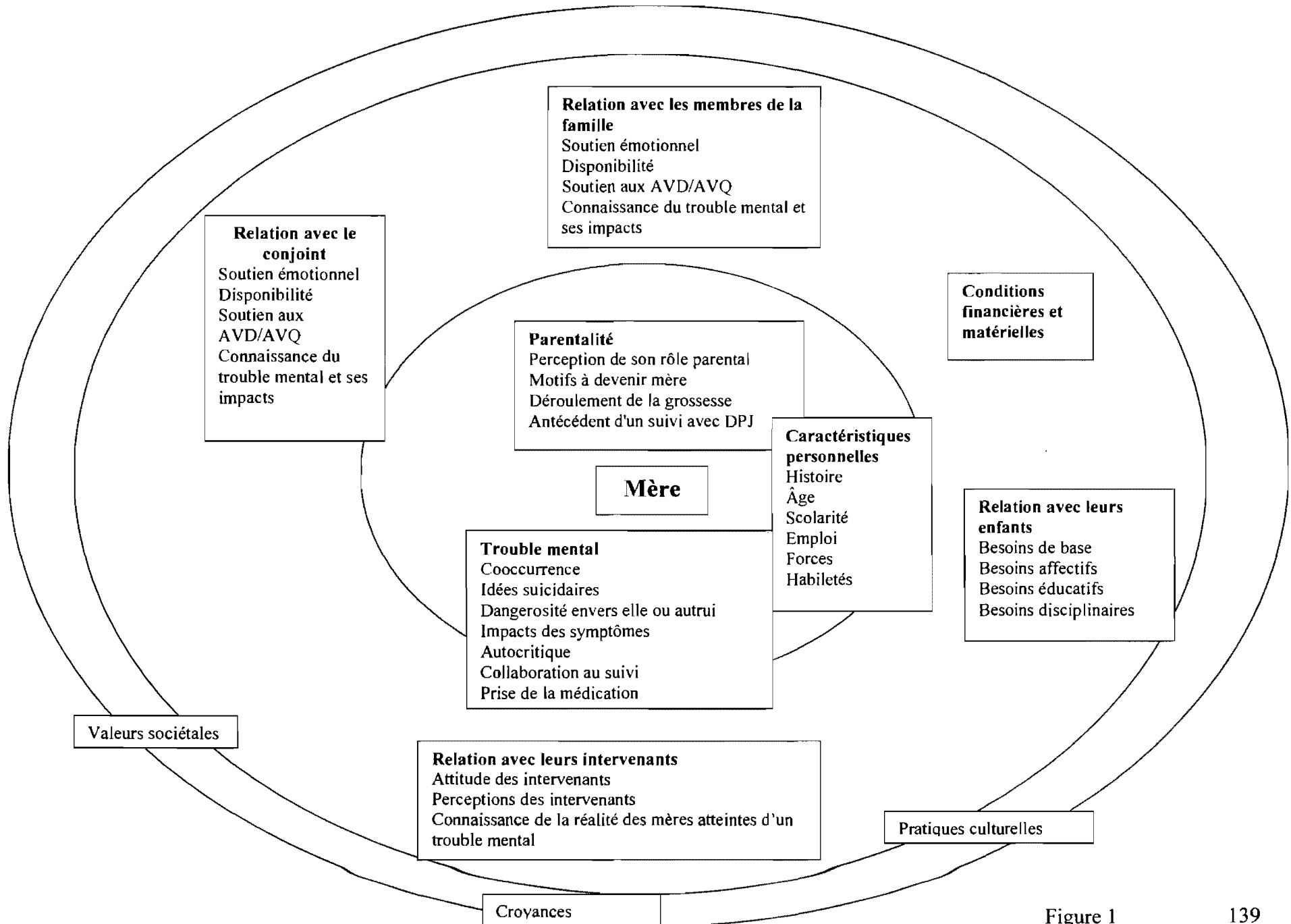


Figure 1

5.3 Les limites de notre recherche

Les limites de notre recherche sont liées à notre échantillon. D'abord, nous avons rencontré seulement douze intervenants sociaux étant donné nos ressources et notre temps limités. Pour atteindre une saturation des données, Mayer et ses collaborateurs (2000) suggèrent de réaliser trente entrevues. Étant donné le nombre limité de participants, nous n'avons pas atteint une saturation des données. En plus, nous avons recruté des participants sur une base volontaire ce qui peut introduire des biais. Nous pouvons penser que seuls les intervenants qui se préoccupent de la réalité des mères atteintes d'un trouble mental ont participé à notre recherche. Considérant le nombre des participants et la méthode de recrutement, les résultats de notre recherche ne sont pas généralisables.

De plus, la majorité des participants de notre recherche provient d'un grand centre urbain. Il aurait été intéressant de rencontrer des intervenants qui proviennent de différentes régions du Québec afin d'avoir un portrait global de la réalité québécoise et de connaître les différentes ressources disponibles.

La moitié des répondants de notre recherche travaillent exclusivement auprès d'une clientèle ayant un trouble mental. Leur cheminement professionnel peut se différencier étant donné qu'ils sont intégrés dans une équipe multidisciplinaire et donc, ils bénéficient de l'expertise d'une équipe en psychiatrie. En étant continuellement en contact avec cette clientèle, ils développent des connaissances plus approfondies que les autres participants de notre recherche.

Finalement, nous avons rencontré qu'une seule participante qui intervient uniquement auprès de parents atteints d'un trouble mental. Ces expériences l'ont amenée à développer une expertise plus pointue que les autres répondants étant donné que son champ d'intervention est exclusivement les parents ayant un trouble mental.

Conclusion

Nous constatons, à la lumière de cette recherche, que le phénomène de la parentalité chez les mères ayant un trouble mental est une réalité complexe. La parentalité représente pour ces mères un rôle majeur et normalisant qui peut favoriser leur intégration dans leur communauté. Toutefois, les symptômes qu'elles présentent fluctuent aux plans de l'intensité et de la gravité ce qui affectent leurs capacités parentales différemment, tout dépendant de l'envahissement des symptômes. Les mères ayant un comportement désorganisé dû au trouble mental ont perdu leurs capacités parentales temporairement mais leurs compétences peuvent être préservées. Elles sont sujettes à retrouver leurs capacités lorsque leur état de santé est stabilisé. Or, c'est là toute la complexité de l'évaluation du risque de la maltraitance. Cette évaluation idéalement devrait se faire périodiquement puisque l'état des mères est susceptible d'évoluer dans le temps et que cette fluctuation a des impacts sur le bien-être et le développement de leurs enfants. Ils sont les premiers témoins des effets du trouble mental de leur mère puisque quand elle va moins bien, la réponse à leurs besoins est susceptible d'être insuffisante, voire inappropriée.

Il revient à l'intervenant social d'évaluer le risque de la maltraitance chez ces mères. Tout au cours du processus de l'évaluation, les intervenants sociaux pensent au bien-être et au développement de l'enfant mais également ils constatent que bien souvent ces mères tentent d'investir ce rôle qui peut leur donner un sens à leur vie. Au moment d'une telle évaluation, le processus décisionnel comporte bien des dilemmes

éthiques. Il peut être alors difficile pour les intervenants de prendre une décision dans les situations ambiguës. Une des retombés de notre recherche pour la pratique est d'avoir proposer un modèle d'évaluation du risque de la maltraitance, en nous inspirant du cadre conceptuel écologique. Ce modèle d'évaluation regroupe les dimensions que nous avons retrouvées dans la littérature et celles que les participants ont mentionnées. Nous croyons que ce modèle propose des points de repère pour conceptualiser la situation des mères à l'intérieur de leur environnement. Il permet ainsi de mieux visualiser la réalité de ces mères en portant un regard sur leurs interactions avec leur environnement. Ainsi, les mères ne sont pas les seules dimensions pris en compte lors de l'évaluation mais également leur entourage, les membres de leur famille ou leur conjoint qui peuvent apporter un soutien important et essentiel aux mères lorsqu'elles vont moins bien. Bien entendu, comme plusieurs participants à notre recherche l'ont mentionné, cette évaluation est composée de plusieurs facettes et l'expertise des intervenants provenant de différentes professions est essentielle afin d'avoir un portrait global de la situation.

Une autre retombée de notre recherche a été de présenter un aperçu des perceptions des intervenants sociaux quant à la réalité de ces mères. Généralement, leur propos rejoignent ce que nous avons retrouvé dans la littérature. Toutefois, une méconnaissance persiste autour des effets des symptômes du trouble mental sur les capacités des mères à exercer leur rôle parental. Nous constatons qu'un fossé demeure entre le domaine de l'intervention et de la recherche. Comment rapprocher ces deux solitudes ? Peu de recherches ont été réalisées au Québec sur cette réalité alors que cette clientèle est de plus en plus rencontrée par les intervenants sociaux,

dans divers milieux d'interventions : en CLSC, à la DPJ ou en milieu hospitalier. Il serait d'autant plus intéressant que des recherches québécoises portant sur ces mères se réalisent afin de documenter leur réalité pour que les intervenants sociaux soient davantage informés et outillés pour évaluer ces mères et que leurs interventions soient davantage adaptées aux besoins de ces mères et de leurs proches.

En parcourant la littérature et en réalisant nos entrevues, nous avons pris connaissance de la réalité de ces mères et de leurs proches mais également des services qui leur sont offerts. Bien souvent, l'organisation des services que reçoivent ces mères est divisée : d'une part, nous retrouvons des services pour les adultes atteints d'un trouble mental et de l'autre, des services pour les enfants. Des services adressés pour la famille sont peu nombreux. Et la collaboration entre ces différents milieux n'est pas toujours simple. Chacun travaille selon des perspectives et des orientations différentes. Les mères peuvent difficilement avoir accès à un suivi qui correspondent à leurs besoins et adapté à leur situation complexe (Boily et al., 2006).

Nous sommes d'avis qu'il serait pertinent pour ces mères et leurs proches qu'ils bénéficient de services intégrés. Par services intégrés, nous entendons qu'une équipe multidisciplinaire, située dans un même lieu, offre des services aux mères et à leurs proches dont leur conjoint et leurs enfants. Ces services permettraient une meilleure coordination et collaboration entre les différents intervenants qui oeuvrent auprès des mères et de leur entourage, dans une perspective préventive. Ainsi, les mères pourraient se sentir soutenues dans l'accomplissement de leur rôle parental tout en recevant un suivi médical pour leur état de santé. Par le fait même, nous

reconnaissons qu'elles ne sont pas juste des « personnes atteintes d'un trouble mental » mais également des adultes qui ont des rôles sociaux dont la parentalité. Parallèlement, les enfants pourraient recevoir des services afin de favoriser leur développement et pour leur offrir un espace où ils pourront discuter de ce qu'ils vivent.

Au Québec, nous avons recensé peu d'initiatives pour les mères atteintes d'un trouble mental. Le centre de santé Orléans propose sensiblement ce type de suivi. L'équipe est composée d'intervenants sociaux et d'éducateurs. Les mères bénéficient d'un suivi individuel et également de groupe où elles peuvent discuter avec d'autres mères de ce qu'elles vivent tant aux plans de la maladie que parental. L'intervention de groupe et individuel permet également aux intervenants de faire de l'enseignement sur ces deux aspects. Parallèlement, les enfants de ces mères bénéficient d'un suivi avec un éducateur. L'hôpital Jean Talon offre également un suivi de groupe pour les enfants âgés de 7 à 12 ans dont un des parents est atteint d'un trouble mental (Boucher et al., 2004). Ce groupe s'inspire des travaux de Cyrulnik et vise à mieux outiller ces enfants qui font face à des difficultés au quotidien (Boucher et al., 2004). Ces initiatives sont intéressantes et nous espérons que d'autres organisations de services s'en inspireront.

Les participants à notre recherche ont surtout abordé la réalité des mères québécoises. Mais qu'en est-il des mères venant d'un autre pays, ayant une autre culture. Nous n'avons pas abordé ce point dans notre recherche mais nous croyons qu'il est essentiel que des études portent là-dessus. En effet, les mères ayant une autre culture

sont susceptibles d'avoir des valeurs différentes des nôtres ou encore des pratiques parentales qui diffèrent. Il est alors important de tenir compte de ces aspects lors de l'évaluation du risque de la maltraitance car ils teinteront notre compréhension de la réalité de ces mères et de leur environnement. Mais de quelles façons? Des recherches portant sur les mères aux prises avec un trouble mental appartenant à une autre culture sont pertinentes dans un contexte multiculturel dans lequel nous vivons.

Finalement, notre recherche s'est attardée uniquement aux mères ayant un trouble mental. Que qu'en est-il de la réalité des pères? Peu de recherches ont étudié la parentalité chez les pères présentant un trouble mental (Boily et al., 2006). Nous sommes persuadée que leurs perceptions de leur rôle et leur implication auprès de leurs enfants doivent différer de celles des mères. Mais comment? Il serait donc intéressant que des recherches portent là-dessus afin que nous puissions mieux comprendre cette réalité et documenter l'évaluation du risque de la maltraitance en tenant compte de leurs spécificités.

Bibliographie

- Ackerson, B.J. (2003a). Coping with the dual demands of severe mental illness and parenting: the parents perspective. *Families in Society*, 84(1), 109-118.
- Ackerson, B.J. (2003b). Parents with serious and persistent mental illness: issues in assessment and services. *Social Work*, 48(2), 187-194.
- Alakus, C., Conwell, R., Gilbert, M., Buist, A., Castle, D. (2007). The needs of parents with a mental illness who have young children: an Australian perspective on service delivery options. *International Journal of Social Psychiatry*, 53(4), 333-339.
- Barbour, R.S., Stanley, N., Penhale, B., Holden, S. (2002). Assessing risk: professional perspectives on work involving mental health and child care services. *Journal of Interprofessional Care*, 16(4), 323-334.
- Bassett, H., Lampe, J., Lloyd, C. (2001). Living with Under-Fives : a Programme for Parents with a Mental Illness. *British Journal of Occupational Therapy*, 64(1), 23-28.
- Bassett, H., Lampe, J., Lloyd, C. (1999). Parenting : Experiences and Feelings of Parents with a Mental Illness. *Journal of Mental Health*, 8(6), 597-604.
- Beaucage, C., Gagnon, C.(2006). *Programme de soutien du Centre de Santé Orléans offert aux familles dont un des parents est atteint d'un trouble mental : Évaluation de l'adéquation entre les besoins et les services rendus*. Québec : Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale. Direction régionale de santé publique, 87 pages.
- Bédard, D., Lazure, D., Roberts, C.A. (1962). *Rapport de la Commission d'étude des hôpitaux psychiatriques au Ministère de la santé de la province de Québec*, Québec, 157 pages.
- Benjet, C., Azar, S. T., Kuersten-Hogan, R. (2003). Evaluating the Parental Fitness of Psychiatrically Diagnosed Individuals: Advocating a Functional-Contextual Analysis of Parenting. *Journal of Family Psychology*, 17(2), 238-251.
- Berg, I.K. (1996). *Services axés sur la famille. Une approche centrée sur la solution*. Ramonville Saint-Agnès : Érès, 216 pages.
- Bibou-Nikou, I. (2004). Parental mental health and children's well-being. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 9(2), 309-312.

Blanch, A. K., Nicholson, J., Purcell, J. (1994). Parents with severe mental illness and their children: The need for human services integration. *Journal of Mental Health Administration*, 21 (4), 388-395.

Boily, M., St-Onge, M., Toutant, M.-T. (2006). *Au-delà des troubles mentaux, la vie familiale. Regard sur la parentalité*. Montréal : CHU Ste-Justine, 246 pages.

Boily, M., Lew, V. (1997). La négligence parentale en psychiatrie, ...La prévenir. *Intervention*, 105, 18-29.

Bouchard, C. (1981). Perspectives écologiques dans la relation parent(s)-enfant : des compétences parentales aux compétences environnementales. *Apprentissage et Socialisation*, 4(1), 4-23.

Boucher, D. et C. Daumas (2004). Il était une fois un groupe d'enfants à l'Hôpital Jean-Talon. *Intervention*, 121, 120-124.

Boudreau, F. (1984). *De l'asile à la santé mentale*, Montréal : Éditions St-Martin, 274 pages.

Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the Family as a Context for Human Development : Research Perspectives. *Developmental Psychology*, 22(6), 723-742.

Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development : Experiments by nature and design*. Cambridge: Harvard university, 330 pages.

Brunette, M.F., Dean, W. (2002). Community mental health care for women with severe mental illness who are parents. *Community Journal of Mental Health*, 38(2), 153-165.

Buist, A. (1998). Mentally ill families : When are the children unsafe? *Australian Family Physician*, 27(4), 261-265.

Carrière, M., Clément, M., Tétreault, S., Pépin, G., Bussière, E.L. (2004). Une nouvelle priorité : les services pour les familles dont un parent souffre d'un trouble grave de santé mentale. *Le Partenaire*, 11(2), 10-13.

Cogan, C.J. (1998). The consumer as expert: Women with serious mental illness and their relationship-based needs. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22(2), 142-154.

Craig, A.E. (2004). Parenting programs for women with mental illness who have young children : a review. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38, 923-928.

Darlington, Y., Feeney, A.J., Rixon, K. (2005). Interagency collaboration between child protection and mental health services: Practices, attitudes and barriers. *Child Abuse and Neglect*, 29, 1085-1098.

- Diaz-Caneja, A., Johnson, S. (2004). The views and experiences of severely mentally ill mothers. *Journal of social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 39(6), 472-482.
- Dumais, L., Tremblay, N., Dufour, L. (2004). Parentalité et santé mentale : ça commence à bouger à Québec. *Le Partenaire*, 11(2), 5-8.
- Duncan, S., Reder, P (2003). How do mental health problems affect parenting? Dans Reder, P., Duncan, S. Lucey, C. (Éds), *Studies in the assessment of parenting*, New York: Brunner-Routledge, 195-210.
- Early, T.J, GlenMaye, L.F. (2000). Valuing families: social work practice with families from a strengths perspective. *Social work*, 45(2), 118-130.
- Éthier, L. S., Lacharité, C., Gagnier, J.-P. (1994). Prévenir la négligence parentale. *Revue québécoise de psychologie*, 15(3), 67-86.
- Éthier, L.S., Palacio-Quintin, E., Jordan-Ionesco, C. (1992). À propos du concept de maltraitance : abus et négligence, deux entités distinctes? *Santé mentale au Canada*, 40(2), 13-19.
- Foster, K., O'Brien, L., McAllister, M. (2004/5). Addressing the needs of children of parents with a mental illness: current approaches. *Contemporary Nurse*, 18(1-2), 67-80.
- Fudge, E., Falkov, A., Kowalenko, N., Robinson, P. (2004). Parenting is a mental health issue. *Australasian Psychiatry*, 12(2), 166-171.
- Goodman, S.H., Brumley, H.E. (1990). Schizophrenic and Depressed Mothers: Relational Deficits in Parenting. *Developmental Psychology*, 26(1), 31-39.
- Goodman, S.H. (1987). Emory university project on children of disturbed parents. *Schizophrenia Bulletin*, 13(3), 411-423.
- Gouvernement du Québec. Commission des droits de la personne et des droits de la Jeunesse (2007). *Loi sur la protection de la jeunesse* : www.cdpdj.qc.ca/fr/commun/docs/LPJ.pdf
- Hollingsworth, L.D. (2004). Child custody loss among women with persistent severe mental illness. *Social Work Research*, 28(4), 199-208.
- Horwath, J. (2005). Identifying and assessing cases of child neglect: learning from the Irish experience. *Child and Family Social Work*, 10, 99-110.
- Jack, G. (1997). An ecological approach to social work with children and families. *Child and Family Social Work*, 2, 109-120.

- Jacob, M. et Laberge, D. (2001). L'évaluation des signalements à la Direction de la protection de la jeunesse : étude des facteurs qui influencent les décisions prises par les intervenants. *Criminologie*, 34(1), 123-155.
- Jacobsen, T., Miller, L. J., Kirkwood, K. P.(1997). Assessing parenting competency in individuals with severe mental illness: a comprehensive service. *The Journal of Behavioral Health Services and Research*, 24(2), 189-199.
- Jodelet, D. (2003). *Les représentations sociales*. Paris : Presses universitaires de France, 424 pages, (7^e édition).
- Johnson, J.G., Cohen, P., Kasen, S., Smailes, E., Brook, J.S. (2001). Association of maladaptive parental behavior with psychiatric disorder among parents and their offspring. *Archives of General Psychiatry*, 58(5), 453-460.
- Lecomte, R. (2000). La nature du travail social contemporain Dans Deslauriers, J-P, Hurtubise, Y. (Éds), *Introduction au travail social*, Saint-Nicolas : Les Presses de l'Université Laval, 17-33.
- Maybery, D., Reupert, A. (2006). Workforce capacity to respond to children whose parents have a mental illness. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 657-664.
- Mayer, R., Ouellet, F., Saint-Jacques, M-C, Turcotte, D. (2000) *Méthodes de recherche en intervention sociale*. Boucherville : Gaëtan Morin, 409 pages.
- McLennan, J.D., Ganguli, R. (1999). Family planning and parenthood needs of women with severe mental illness: clinicians' perspective. *Community Mental Health Journal*, 35(4), 369-380.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2006). *Unis dans l'action. Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011*, Québec : Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010*. Québec : Gouvernement du Québec
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (1998). *Plan d'action pour la transformation des services en santé mentale*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (1997). *Défis de la reconfiguration des services de santé mentale*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (1989). *Politiques de santé mentale*. Ste-Foy : Gouvernement du Québec.

Moliner, P. et Gutermann, M. (2004). Dynamique des descriptions et des explications dans une représentation sociale. *Papers on Social Representation*, 13, 1-12.

Moliner, P. (2001). *La dynamique des représentations sociales : pourquoi et comment les représentations se transforment-elles ?* Grenoble : Presses universitaires de Grenoble, 303 pages.

Montambault, E. et Simard, M. (2004). Le cheminement décisionnel en contexte de placement d'enfants. *Intervention*, 120, 71-77.

Montgomery, P., Tompkins, C., Forchuk, C., French, S. (2006). Keeping close: mothering with serious mental illness. *Journal of Advanced Nursing*, 54(1), 20-28.

Mowbray, C.T., Bybee, D., Hollingsworth, L., Goodkind, S., Oyserman, D. (2005). Living arrangements and social support: Effects on the well-being of mothers with mental illness. *Social Work Research*, 29(1), 41-54.

Mowbray, C.T., Oyserman, D., Bybee, D., MacFarlane, P. (2002). Parenting of mothers with a serious mental illness: Differential effects of diagnosis, clinical history, and other mental health variables. *Social Work Research*, 26(4), 225-240.

Mowbray, C.T., Oyserman, D., Bybee, D., MacFarlane, P., Rueda-Riele, A. (2001). Life circumstances of mothers with serious mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25(2), 114-123.

Mowbray, C.T., Schwarth, S. Bybee, D., Spang, J., Rueda-Riedle, A., Oyserman, D. (2000). Mothers with a mental illness: stressors and resources for parenting and living. *Families in Society*, 81(2), 118-129.

Mowbray, C.T., Oyserman, D., Ross, S. (1995). Parenting and the Significance of Children for Women with a Serious Mental Illness. *The Journal of Mental Health Administration*, 22(2), 139-200.

Mullick, M., Miller, L. J., Jacobsen, T. (2001). Insight into mental illness and child maltreatment risk among mothers with major psychiatric disorders. *Psychiatric Services*, 52(4), 488-492.

Nair, S., Morrison, M.F. (2000). The Evaluation of maternal competency. *Psychosomatics*, 41(6), 523-530.

Nicholson, J., Finkelstein, N., Williams, V., Thom, J., Noether, C., Devilbiss, M. (2006). Comparison of mothers with co-occurring disorders and histories of violence. *The Journal of Behavioral Health Services and Research*, 33(2), 225-242.

Nicholson, J., Henry, A.D. (2003). Achieving the goal of evidence-based psychiatric rehabilitation. Practices for mothers with mental illnesses. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27(2), 122-130.

Nicholson, J., Beibel, K., Hinden, B., Henry, A., Stier, L. (2001). *Critical Issues for Parents with Mental Illness and their Families*. Center for Mental Health Services Research: Substance abuse and Mental Health Services Administration. Washington, D.C.: Superintendent of Documents, U.S. Government Printing Office.

Nicholson, J., Sweeney, E. M., Geller J. L. (1998a). Mothers with mental illness: I. The competing demands of parenting and living with mental illness. *Psychiatric Services*, 49(5), 635-642.

Nicholson, J., Sweeney, E. M., Geller J. L. (1998b). Focus on women: Mothers with mental illness: II. Family relationship and the context of parenting. *Psychiatric Services*, 49(5), 643-649.

Nicholson, J., Blanch, A. (1994). Rehabilitation for Parenting Roles for People with Serious Mental Illness. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 18(1), 109-119.

Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec (2002). Définitions des activités professionnelles des travailleurs sociaux, 5 pages.

Oyserman, D., Mowbray, C.T., Meares, P.A., Firminger, K.B. (2000). Parenting among mothers with a serious mental illness. *American Journal of Orthopsychiatry*, 70(3), 296-315.

Pagé, J.-C. (1961). *Les fous crient au secours. Témoignage d'un ex-patient de Saint-Jean-de-Dieu*, Montréal : Les Éditions du Jour, 156 pages.

Palacio-Quintin, E., Éthier, L.S. (1993). La négligence, un phénomène négligé. *Apprentissage et Socialisation*, 16(1 et 2), 153-164.

Pardeck, J.T. (1996). *Social work practice. An Ecological Approach*. Connecticut: Auburn House, 165 pages.

Rogosh, F. A., Mowbray, C.T., Bogat, G.A., (1992). Determinants of parenting attitudes in mothers with severe psychopathology. *Development and Psychopathology*, 4(3), 469-487.

Santé Canada (2002). *Rapport sur les maladies mentales au Canada*. Ottawa : Gouvernement du Canada, 109 pages.

St-Onge, M., Béguet, V., Fougeyrollas, P. (2002). Qualité et conditions de collaboration avec les familles perçues par le personnel de réadaptation en milieu psychiatrique et de déficience physique. *Revue canadienne de santé mentale communautaire*, 21(1), 115-133.

Thomas, L., Kalucy, R. (2003). Parents with mental illness: lacking motivation to parent. *International Journal of Mental Health Nursing*, 13, 153-157.

Woodcock, J. (2003). The social work assessment of parenting: An exploration. *British Journal of Social Work*, 33(1), 87-106.

Annexe 1

Article 38 de la Loi de la

Direction de la Protection de la Jeunesse

CHAPITRE IV
INTERVENTION SOCIALE
SECTION I
SÉCURITÉ ET DÉVELOPPEMENT D'UN ENFANT
Sécurité ou développement compromis.

38. Pour l'application de la présente loi, la sécurité ou le développement d'un enfant est considéré comme compromis lorsqu'il se retrouve dans une situation d'abandon, de négligence, de mauvais traitements psychologiques, d'abus sexuels ou d'abus physiques ou lorsqu'il présente des troubles de comportement sérieux.

Interprétation:

On entend par:

«abandon»;

a) abandon: lorsque les parents d'un enfant sont décédés ou n'en n'assument pas de fait le soin, l'entretien ou l'éducation et que, dans ces deux situations, ces responsabilités ne sont pas assumées, compte tenu des besoins de l'enfant, par une autre personne;

«négligence»;

b) négligence:

1° lorsque les parents d'un enfant ou la personne qui en a la garde ne répondent pas à ses besoins fondamentaux:

i. soit sur le plan physique, en ne lui assurant pas l'essentiel de ses besoins d'ordre alimentaire, vestimentaire, d'hygiène ou de logement compte tenu de leurs ressources;

ii. soit sur le plan de la santé, en ne lui assurant pas ou en ne lui permettant pas de recevoir les soins que requiert sa santé physique ou mentale;

iii. soit sur le plan éducatif, en ne lui fournissant pas une surveillance ou un encadrement appropriés ou en ne prenant pas les moyens nécessaires pour assurer sa scolarisation;

2° lorsqu'il y a un risque sérieux que les parents d'un enfant ou la personne qui en a la garde ne répondent pas à ses besoins fondamentaux de la manière prévue au sous-paragraphe 1°;

«mauvais traitements psychologiques»;

c) mauvais traitements psychologiques: lorsque l'enfant subit, de façon grave ou continue, des comportements de nature à lui causer un préjudice de la part de ses parents ou d'une autre personne et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour mettre fin à la situation. Ces comportements se traduisent notamment par de l'indifférence, du dénigrement, du rejet affectif, de l'isolement, des menaces, de l'exploitation, entre autres si l'enfant est forcé à faire un travail disproportionné par rapport à ses capacités, ou par l'exposition à la violence conjugale ou familiale;

«abus sexuels»;

d) abus sexuels:

1° lorsque l'enfant subit des gestes à caractère sexuel, avec ou sans contact physique, de la part de ses parents ou d'une autre personne et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour mettre fin à la situation;

2° lorsque l'enfant encourt un risque sérieux de subir des gestes à caractère sexuel, avec ou sans contact physique, de la part de ses parents ou d'une autre personne et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour mettre fin à la situation;

«abus physiques»;

e) abus physiques:

1° lorsque l'enfant subit des sévices corporels ou est soumis à des méthodes éducatives déraisonnables de la part de ses parents ou de la part d'une autre personne et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour mettre fin à la situation;

2° lorsque l'enfant encourt un risque sérieux de subir des sévices corporels ou d'être soumis à des méthodes éducatives déraisonnables de la part de ses parents ou d'une autre personne et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour mettre fin à la situation;

«troubles de comportement sérieux».

f) troubles de comportement sérieux: lorsque l'enfant, de façon grave ou continue, se comporte de manière à porter atteinte à son intégrité physique ou psychologique ou à celle d'autrui et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour mettre fin à la situation ou que l'enfant de 14 ans et plus s'y oppose.

1977, c. 20, a. 38; 1981, c. 2, a. 8; 1984, c. 4, a. 18; 1994, c. 35, a. 23; 2006, c. 34, a. 14.

Sécurité ou développement compromis.

38.1. La sécurité ou le développement d'un enfant peut être considéré comme compromis:

a) s'il quitte sans autorisation son propre foyer, une famille d'accueil ou une installation maintenue par un établissement qui exploite un centre de réadaptation ou un centre hospitalier alors que sa situation n'est pas prise en charge par le directeur de la protection de la jeunesse;

b) s'il est d'âge scolaire et ne fréquente pas l'école ou s'en absente fréquemment sans raison;

c) si ses parents ne s'acquittent pas des obligations de soin, d'entretien et d'éducation qu'ils ont à l'égard de leur enfant ou ne s'en occupent pas d'une façon stable, alors qu'il est confié à un établissement ou à une famille d'accueil depuis un an.

1984, c. 4, a. 18; 1992, c. 21, a. 221; 1994, c. 35, a. 24.

Facteurs de détermination.

38.2. Toute décision visant à déterminer si un signalement doit être retenu pour évaluation ou si la sécurité ou le développement d'un enfant est compromis doit notamment prendre en considération les facteurs suivants:

- a) la nature, la gravité, la chronicité et la fréquence des faits signalés;
- b) l'âge et les caractéristiques personnelles de l'enfant;
- c) la capacité et la volonté des parents de mettre fin à la situation qui compromet la sécurité ou le développement de l'enfant;
- d) les ressources du milieu pour venir en aide à l'enfant et à ses parents.

2006, c. 34, a. 15.

Gouvernement du Québec. Commission des droits de la personne et des droits de la Jeunesse (2007). *Loi sur la protection de la jeunesse* : www.cdpcj.qc.ca/fr/commun/docs/LPJ.pdf

Annexe 2
Guide de l'entrevue

Guide d'entrevue

A- Préalable à l'entretien

- Remercier les participants
- Rappeler le contexte de la recherche
- Signature du formulaire de consentement
- Rappeler le temps approximatif de l'entretien (environ 90 minutes)
- Rappeler que l'entretien sera enregistré sur bandes audio
- Permettre aux répondants de poser des questions avant le début de l'entretien

B- Profil de l'intervenant

- Établissement
- Programme
- Formation académique
- Années d'expérience en Service social
- Années d'expérience auprès de cette clientèle

C- Questions reliées à la perception des professionnels

1- D'abord, vous rencontrez des mères, parlez-moi d'elles en lien avec leur rôle parental.

- Au plan personnel (habiletés, forces, difficultés)
- Problèmes qu'elles rencontrent
- Au plan familial
- Au plan conjugal
- Au plan social
- Au plan socio-économique
- Au plan professionnel
- Au plan de la maladie

2- Parlez-moi de ces mères et de leur rôle parental.

3- Parlez-moi de leurs enfants.

- Au plan familial
- Au plan social
- Au plan comportemental

4-Comment décririez-vous la relation qu'entretiennent ces mères avec leurs enfants?

- Offrir un modèle positif
- Superviser, Encadrer, Établir des limites
- Stimuler le développement de nouvelles connaissances et son autonomie
- Capacité de répondre aux besoins de sécurité et d'affection
- Répondre aux besoins de base

D- Questions relatives au processus d'une évaluation du risque de la maltraitance

1-Pourriez-vous me parler d'une situation récente où vous avez eu à faire une évaluation du risque de la maltraitance.

- La demande venait de qui?
- Comment se présentait la situation?
 - Pour le parent
 - Pour l'enfant

2-Comment se déroule une évaluation du risque de la maltraitance?

3-Pour vous, qu'est-ce qui est essentiel à explorer?

- Dimensions personnelles
Conception de ces mères de leur rôle parental, âge, état civil, scolarité, emploi, estime de soi, histoire personnelle, sévérité et chronicité des symptômes, introspection, engagement dans le traitement, reconnaissance des impacts du trouble sur le bien-être de leurs enfants, consommation (alcool ou drogue).
- Dimensions environnementales
Ressources financières et matérielles; caractéristiques individuelles de l'enfant, présence ou absence d'un conjoint, réseau familial ou social

4-Pourriez-vous me parler du cheminement qui vous a conduit à prendre votre décision en lien avec l'évaluation du risque de la maltraitance.

5- Y a-t-il des éléments qui sont plus aidants et d'autres qui nuisent lors de votre processus d'évaluation?

- Formation
- Littérature lue sur ce sujet
- Structure organisationnelle
- Coordination entre les services pour adultes et ceux pour les enfants

6-Question de la fin :

Dans le cadre de ma recherche, je veux élaborer un modèle d'évaluation. Quels sont les éléments qui pourraient être inclus?

Annexe 3
Formulaire de consentement

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

L'évaluation du risque de la maltraitance chez la mère qui présente un trouble mental

Chercheur : Sonia Bourque, t.s.

Étudiante au programme de maîtrise, École de Service social,
Université de Montréal

Directeur de recherche : Mme Pauline Morissette, professeure à l'École de
Service social de l'Université de Montréal

A) RENSEIGNEMENTS AUX PARTICIPANTS

1-Objectifs de la recherche

Ce projet de recherche vise à mieux connaître la perception des intervenants sociaux quant à l'influence des manifestations du trouble mental grave sur la parentalité lors d'une évaluation du risque de la maltraitance chez la mère qui présente un trouble mental, à documenter le processus d'une évaluation du risque de la maltraitance et les éléments inclus dans celle-ci, à comprendre les difficultés rencontrées par les intervenants lors du processus et à suggérer un modèle d'une évaluation du risque de la maltraitance.

2-Participation à la recherche

Votre collaboration à cette recherche consiste à participer à un entretien d'une durée approximative de 90 minutes, réalisée par Mme Sonia Bourque, travailleuse sociale et étudiante à la maîtrise à l'École de service social de l'université de Montréal. Pour en faciliter l'analyse, cette entrevue sera enregistrée sur bande audio.

Vous êtes invité(e) à partager votre expérience et votre point de vue sur le processus d'évaluation du risque de la maltraitance chez la mère qui présente un trouble mental.

3-Confidentialité

Les renseignements que vous nous donnerez demeureront confidentiels. Chaque participant à la recherche se verra attribuer un prénom fictif et seule la chercheuse Mme Sonia Bourque aura la liste des participants et du nom fictif qui leur aura été accordé. De plus, les renseignements seront conservés dans un classeur sous clé situé dans un bureau fermé. Aucune information permettant de vous identifier d'une façon ou d'une autre ne sera publiée. Les bandes audio ainsi que la retranscription de l'entretien seront conservées pour une durée de sept ans après la fin du projet.

4-Avantages et inconvénients

En participant à cette recherche, vous pourrez contribuer à l'avancement des connaissances et à l'amélioration du processus d'évaluation du risque de la maltraitance chez la mère qui présente un trouble mental. Votre collaboration à cette recherche pourra également vous donner l'occasion de mieux vous connaître et de réfléchir sur votre pratique.

5-Droit de retrait

Votre participation est entièrement volontaire. Vous êtes libre de vous retirer en tout temps par avis verbal, sans préjudice et sans devoir justifier votre décision. Si vous décidez de vous retirer de la recherche, vous pouvez communiquer avec la chercheuse Mme Sonia Bourque, au numéro de téléphone indiqué à la dernière page de ce document. Si vous vous retirez de la recherche, les renseignements personnels vous concernant et qui auront été recueillis au moment de votre retrait seront détruits.

B) CONSENTEMENT

Je déclare avoir pris connaissance des informations ci-dessus, avoir obtenu les réponses à mes questions sur ma participation à la recherche et comprendre le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients de cette recherche.

Après réflexion et un délai raisonnable, je consens librement à prendre part à cette recherche. Je sais que je peux me retirer en tout temps sans devoir justifier ma décision.


Signature : _____ Date : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Je déclare avoir expliqué le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients de l'étude et avoir répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées.

Signature du chercheur _____ Date : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Pour toute question relative à la recherche ou pour vous retirer de la recherche, vous pouvez communiquer avec la chercheuse, Mme Sonia Bourque, à l'adresse courriel suivante : 

Pour toute plainte relative à votre participation à cette recherche peut être adressée à l'ombudsman de l'Université de Montréal, au numéro de téléphone (514) 343-2100 ou à l'adresse courriel ombudsman@umontreal.ca. L'ombudsman accepte les appels à frais virés.

Annexe 4
Arbre thématique

A. Ontosystème

1. Caractéristiques personnelles

1.1 Âge

1.1.1 Moins âgées

1.1.2 Plus âgées

1.2 Au plan professionnel

1.2.1 Emploi (relation avec les employeurs et collègues)

1.2.2 Sans-emploi

1.3 Au plan scolaire

1.3.1 Scolarisées

1.3.2 Peu de scolarité

2. Histoire personnelle de la mère

2.1 Réalités familiales complexes (abus, négligence)

2.2 Histoire avec la DPJ

2.3 Hérité du trouble mental dans la famille

3. Signification de la parentalité pour les mères, selon les intervenants

3.1 Valorisant, meilleure estime de soi

3.2 Apporte un stress supplémentaire

3.3 Planification de la grossesse

3.4 Peur de perdre la garde

4. Description de l'exercice du rôle parental (relation mère-enfant)

4.1 Superviser, Encadrer, Établir des limites

4.2 Capacité de répondre aux besoins de sécurité

4.3 Capacité de répondre aux besoins d'affection

4.4 Répondre aux besoins de base

5. Éléments autour de l'acceptation du trouble mental

5.1 Reconnaissance

5.2 Dénier

5.3 Prise de la médication régulière

5.4 Prise de la médication non-régulière

5.5 Assiduité au suivi

5.6 Non-assiduité au suivi

6. Impacts des symptômes sur l'exercice du rôle parental
 - 6.1 Symptômes reliés au trouble psychotique
 - 6.2 Symptômes reliés au trouble de l'humeur
 - 6.3 Symptômes reliés au trouble de la personnalité

7. Consommation de substances (alcool/drogues)
 - 7.1 Aucune consommation
 - 7.2 Consommation en l'absence de l'enfant
 - 7.3 Consommation comme stratégie
 - 7.4 Culpabilité en lien avec la consommation
 - 7.5 Consommation entrave capacités parentales

B. Microsystème

1. Au plan conjugal

- 1.1 Monoparentale
- 1.2 Harmonieuse
- 1.3 Conflictuelle

2. Au plan familial

- 2.1 Harmonieuse
- 2.2 Rompue
- 2.3 Conflictuelle

3. Descriptions des enfants

- 3.1 Impacts
- 3.2 Stratégies

4. Au plan social

- 4.1 Isolement
- 4.2 Bien entourée

5. Conditions économiques

- 5.1 Difficultés financières
- 5.2 Sans difficultés financières (sans stress financier)

6. Intervenants

- 6.1 Perceptions
- 6.2 Rôles

C. Évaluation du risque de la maltraitance

1. Contexte

- 1.1 Accouchement
- 1.2 Au cours de la grossesse
- 1.3 Référence d'un membre de l'équipe
- 1.4 Référence d'un autre établissement
- 1.5 Mère fait une demande d'aide

2. Dimensions personnelles

2.1 Fonctionnement dans le quotidien

- 2.1.1 Répondre aux besoins de base
- 2.1.2 Protéger son enfant
- 2.1.3 Relation mère-enfant
- 2.1.4 Perception des mères de leur rôle parental
- 2.1.5 Forces

2.2 État psychiatrique

- 2.2.1 Stabilité du trouble mental
- 2.2.2 Symptômes
- 2.2.3 Autocritique en lien avec le trouble mental
- 2.2.4 Engagement dans le traitement
- 2.2.5 Consommation (alcool ou drogue).

3. Dimensions environnementales

- 3.1 Caractéristiques individuelles de l'enfant
- 3.2 Présence ou absence d'un conjoint
- 3.3 Présence ou absence d'un réseau familial
- 3.4 Présence ou absence d'un réseau social
- 3.5 Ressources financières et matérielles

4. Facteurs qui gênent ou favorisent le processus d'évaluation

- 4.1 Gestion du risque
- 4.2 Structure organisationnelle (rôle, mandat et mission);
- 4.3 Coordination entre les services pour adultes et ceux pour les enfants
- 4.4 Équipe multidisciplinaire
- 4.5 Collaboration de la mère et de son réseau

Annexe 5
Certificat d'éthique

**COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE DE LA
FACULTÉ DES ARTS ET DES SCIENCES DE
L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL**

ANNEXE AU CERTIFICAT D'ÉTHIQUE

Nom : ***Sonia Bourque***

Département : ***École de service social***

Projet : ***L'évaluation du risque de la maltraitance chez les mères qui
présentent un trouble mental dans un moment aigu d'une crise***

Le Comité a pris connaissance des précisions fournies par la chercheure et du formulaire de consentement révisé, tels que transmis les 18 et 21 octobre 2006. Ces documents sont approuvés et font désormais partie intégrante du protocole de recherche.