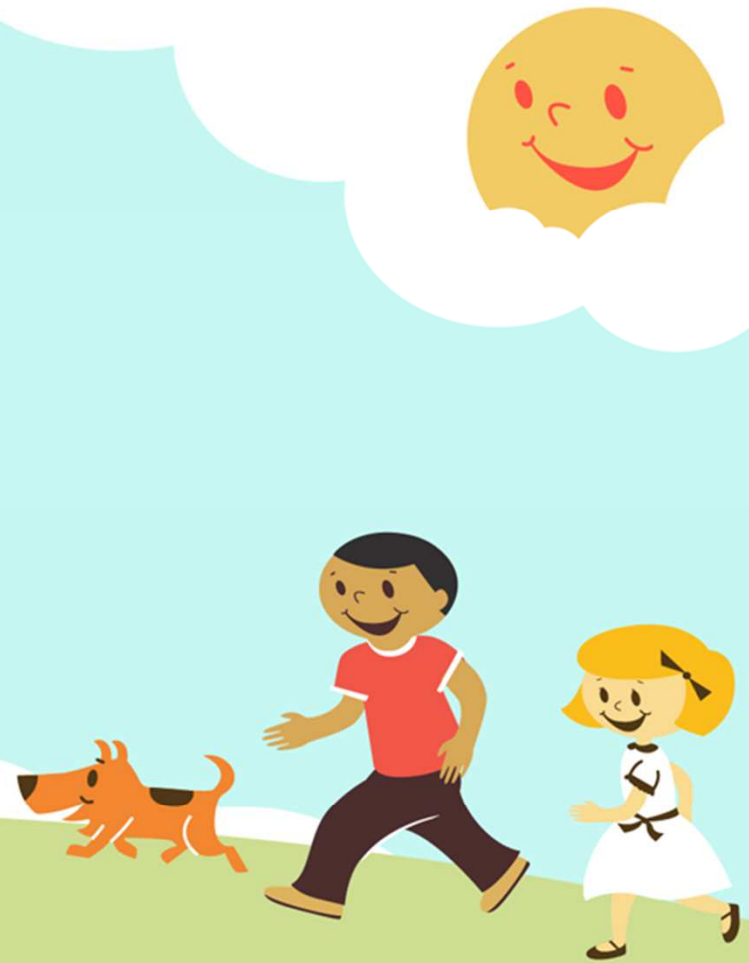


Parentalité

Par Dres Catherine Chouinard et
Catherine Morin

17 novembre 2017



Objectifs

- Connaître quelques problématiques psychiatriques pouvant être rencontrées, les plus fréquentes ou celles ayant le plus d'impact sur le rôle parental.
- Connaître les rôles du psychiatre lors de l'évaluation et de l'intervention auprès des parents.
- Énoncer les principes de réadaptation du rôle parental.
- Questionner la place que nous donnons à la paternité dans les services offerts.
- Énoncer les principes d'accompagnement des enfants vivant avec des parents ayant des problèmes de santé mentale.



Troubles mentaux graves

- Définition: Trouble mental grave tel que définit par le DSM-5, d'intensité suffisante pour affecter significativement plusieurs sphères de la vie (relations interpersonnelles, travail, loisirs, activités de la vie quotidienne et domestique, etc.)
- trouble mental affectant 2 à 3% de la population générale ou 80% des patients hospitalisés en psychiatrie.



Troubles mentaux graves

(réf: Au-delà des troubles mentaux, la vie familiale, éd Ste-Justine)

- Statistiques: parentalité? Peu-pas de données!!!!
- Environ 16 à 24% des enfants signalés aux CJ auraient un parent avec un problème de santé mentale.
- La moitié des gens souffrant de troubles mentaux graves auraient des enfants à charge... Beaucoup moins dans ma pratique!!!!
- 60 à 80% des parents avec trouble mental grave n'élèveront pas leurs enfants aux USA.



Troubles mentaux graves

- Évaluation du risque pour l'enfant:
 - Les chiffres: selon étude, l'association entre une personne atteinte de trouble mental grave et un comportement violent ou négligence grave est de moins de 5%...
 - Sauf pour le trouble de personnalité antisociale: diagnostic le plus fortement associé à un risque d'abus physiques, sexuels et autres (caractérisé par manque d'empathie)
 - Pourquoi donc 80% n'ont plus leurs enfants????



Situation clinique 1

- *Jocelyne, 30ans hospitalisée en psychiatrie. Habite avec conjoint et 2 enfants (5 et 7 ans).*
- *Elle fut amenée par ses proches car croyait que son conjoint lui voulait du mal (la faire passer pour folle et peut-être la tuer).*
- *Depuis quelques mois son comportement était de plus en plus désorganisé (dormait peu, délaissait son hygiène, laissait couler l'eau du robinet pour chasser les « sorcières »), et avait un discours désorganisé (difficile à suivre, confus, sur des thèmes de fin du monde, de rédemption etc.).*
- *Ne s'occupait plus tellement des enfants depuis plusieurs mois...*



Schizophrénie: définition

- Une psychose (hallucinations ou croyances irréalistes) qui perdure dans le temps.
- Les symptômes négatifs sont aussi présents: Moins de... volonté, initiative, socialisation, hygiène, goût de faire des choses, difficultés cognitives légères, etc.
- Attention: ce n'est pas une psychose post-partum



Situation clinique 2

- *Nathan 7 ans est revu en clinique externe de pédopsychiatrie où il est suivi depuis 2 ans pour tdah, trouble d'opposition et anxiété de séparation.*
- *Un rapport scolaire indique que le comportement de Nathan s'est grandement détérioré dans les derniers mois. Il est agité, fait des crises en apparence sans raison et est non-disponible aux apprentissages.*
- *Son père qui l'accompagne est en arrêt de travail depuis 4 mois.*
- *Celui-ci présente une fatigue importante, il est couché souvent. Il est plus irritable. Il voit tout en noir. Il se sent dépassé et coupable de tout.*



Troubles de l'humeur: définition

- Variations d'humeur qui dépassent en intensité et en durée ce qui est attendu pour le contexte.
- Tout en provoquant une souffrance marquée ou un dysfonctionnement majeur.
- État dépressif: humeur dépressive ou perte d'intérêt accompagnée d'une atteinte du sommeil, de l'appétit, de l'énergie, de la concentration et des pensées. Les idées suicidaires peuvent être présentes.
- État maniaque: humeur anormalement élevée et/ou irritable, accompagnée d'une augmentation de l'énergie, des activités, de la vitesse des pensées, de l'investissement dans des activités à risque, etc.



Situation clinique 3

- *Lisa-belle, 23 ans, mère d'un garçon de 2 ans et enceinte, est rencontrée à l'urgence psychiatrique. Elle s'y est présentée hier soir après s'être tailladé les poignets chez elle dans la cuisine suite à un conflit conjugal.*
- *Une rencontre d'intervention avec son conjoint et elle amène une très rapide résolution de crise (il est arrivé avec des fleurs en s'excusant). Ils veulent repartir.*
- *L'évaluation met tout de même en lumière plusieurs stressseurs: soucis financiers (incapables de payer loyer), consommation de Mr, chômage, isolement social, et conflits récurrents entre eux.*
- *Inquiet pour le petit, un appel nous informe qu'ils sont en évaluation par la DPJ.*



Troubles de personnalité: définition

- Perturbations marquées et persistantes des pensées, des émotions et des comportements ayant un impact sur l'image de soi et les relations interpersonnelles.
- La perturbation est présente depuis le début de l'âge adulte et stable dans le temps.
- Elle occasionne une souffrance marquée et\ou un dysfonctionnement.
- Traits vs trouble
- Certains troubles de personnalité sont plus à risque de vivre des périodes de crises récurrentes.



Évaluation de la situation à partir des parents

(Royal Australian College of Psychiatrists, position statement 56, March 2106)

- Éléments-clés de l'évaluation:
 - Sécurité et contexte de vie des enfants
 - Capacité parentale
 - Effets directs de la maladie sur les enfants
 - Accès aux services et motivation aller chercher l'aide (autocritique)
 - Soutien alternatif à l'enfant



Évaluation des parents

- Effets de la maladie sur les capacités parentales:
 - Diminution de la disponibilité émotionnelle ou incongruence
 - Ex: Anergie, apathie, somnolence excessive (possible effets des médicaments), toxicomanie, surcharge émotionnelle, instabilité de l'humeur, non-concordance avec l'enfant
 - Changement de la perception que le parent a de l'enfant
 - Ex: délires avec enfants comme cause ou victime, culpabilité excessive, projection, clivage
 - Isolement social



Évaluation du risque

- Si trouble de personnalité:
 - Quelles sont leurs limites dans la violence (le meilleur prédicteur de violence future est la violence passée)
 - Enjeux sur leur fiabilité et l'autocritique
 - Lors des crises (violence conjugale, ou suicidaires) l'enfant est-il impliqué? Témoin? Visé?
 - Quel est la gravité de l'impulsivité?
 - Inconstances des: humeurs, règles, attitudes envers l'enfant, milieux, personnes d'attachement etc.
 - Négligence (associé souvent à toxicomanie)



Évaluation du risque

- La rémission est possible!
- L'intensité des symptômes et des problèmes associés FLUCTUENT dans le temps!
- Donc important de ré-évaluer périodiquement avec les parents et les enfants où ils en sont et suivre leurs besoins!
- Questionner auprès de tiers.



Facteurs protecteurs

- Tirés du document disponible sur le net:
- « Working with parents with mental illness, Guideline for mental health clinician » Queensland Gouvernement, 2010



Facteurs protecteurs côté parent

- Bon fonctionnement avant et après la maladie.
- Symptômes légers durant la maladie puis rémission.
- Engagé activement dans son rôle parental et dans son traitement.
- Reconnaît les impacts de la maladie sur son rôle parental et a des stratégies pour y pallier.
- Hâbiletés cognitives et éducationnelles présentes.
- Présence de l'autre parent ou proche sain.
- Relations harmonieuses et supportantes avec conjoint et autres enfants.
- Employé, scolarisé.
- Expériences de vie positives dont avoir eu bon parentage.
- Connaissance du développement normal attendu de l'enfant.
- Signes et paroles de réconfort, d'encouragement et empathie présents.



Facteurs protecteurs côté enfant

- Besoin de base de l'enfant sont satisfaits à la maison.
- Des règles\structure de fonctionnement claires présentes à la maison.
- L'enfant connait et comprend la maladie du parent.
- Enfant en santé, pas de consommation (ados), pas de troubles d'apprentissage.
- Plus de 2 ans.
- Attachement sécure et « good fit » a\n tempérament.
- Bonnes habiletés sociales et groupe de pairs positif.
- A ses propres intérêts, passe-temps.
- Bonnes relations avec fratrie (fratrie présente = protecteur).
- Participation stable à l'école.



Facteurs protecteurs sociaux

- Services disponibles en santé mentale avec focus sur la famille, considérant le rôle parental dans le traitement et rétablissement.
- Sécurité financière, stabilité du logement et du réseau.
- Famille, amis, réseau support présent et au courant de la problématique du parent et prêts à apporter soutien au besoin.
- École au courant de la problématique et impliquée dans plan de support au besoin.
- Pas de consommation dans l'environnement de l'enfant.
- Environnement stable et sécuritaire.
- Accès à des loisirs pour les parents et les enfants.
- Promotion et réseau support de la diversité culturelle (ex: amérindiens).
- Connaissance des droits et responsabilités de citoyen.



La paternité

Fatherhood and mental illness, publié par Australian institut of Family studies

- Dans la transition vers la paternité, les hommes ont moins de repères structurés pour assurer celle-ci que les femmes.
- On commence à reconnaître que les hommes peuvent vivre des états de détresse psychique en lien avec les étapes de la venue d'un enfant: 10,4% de dépression paternelle (en comparaison de 4,8% chez les hommes en général).
- La plupart des recherches sur la paternité a été d'évaluer la conséquence de leur maladie mentale sur le développement des enfants. Effets de la dépression similaires à la dépression maternelle. Anxiété paternelle peut-être plus dommageable que celle maternelle.
- Les enfants de pères ayant une maladie sévère méritent plus d'attention quant à leur sécurité.
- Les pères affecteraient plus les enfants d'âge scolaire, les garçons, les enfants ayant un tempérament difficile.



La paternité

- Très peu d'études sur le vécu des pères à partir de leur point de vue.
« Contradiction entre les attentes du rôle social et la vulnérabilité apportée par la maladie », 3 études
 - Sentiment d'inadéquation.
 - Repli sur soi et isolement.
 - Sentiment d'être rejeté par leurs enfants mais d'autres ont une expérience plus positive.
 - La sévérité de la maladie et les effets secondaires de la médication peuvent grandement diminuer leur sentiment de paternité.
 - Manque de reconnaissance de leur vécu par les professionnels.
 - Préoccupation sur la transmission de la maladie.
 - La paternité peut aussi être un levier à l'engagement vers la guérison.



La paternité

- Le grand défi: Les impliquer dans les services!
- Les hommes vont moins chercher de services que les femmes.
- Peu de questions sont posées sur la paternité.
- Préjugés vs réalités: agressivité potentielle, faible implication domestique.
- Les services sociaux et médicaux sont dans un univers féminin.
- Pistes de solution: parler de paternité, les inclure dans la discussion en adaptant nos horaires, augmenter la présence d'intervenants masculins.



Quels sont les besoins de la famille?

Wahl, Bruland, Prof et Okan 2016

- Selon les parents:
 - Être un bon parent
 - Répondre au bien-être de nos enfants
 - Obtenir du support concret
- Selon les enfants:
 - Besoin de savoir et comprendre
 - Répondre au bien-être du parent
 - Vivre une vie normale et réduire la stigmatisation



Quoi faire?

- L'identité parentale peut devenir la pierre angulaire du rétablissement autant pour la mère que pour le père!
-Autant positivement si arrive à conserver son rôle parental que dramatique sinon...
- Donc voir la grossesse ou le travail sur la parentalité (en début de maladie ou lors de rechutes) comme un moment crucial dans l'évolution du patient et mettre l'intensité de traitement psychosocial approprié!



Les bases de la réadaptation de rôle parental

(Nicholson et Blanch 1994)

- Prérequis pour améliorer la situation:
 - S'intéresser à la problématique
 - Ne pas hésiter à évaluer et traiter
 - Intervenir précocément
 - S'impliquer à long terme
 - Favoriser une approche familiale et de réseau (texte de Reupert, Australie, 2015)
 - Agir concrètement sur la pauvreté et l'isolement



Les bases de la réadaptation du rôle parental

- Les limites:
 - Le patient qui craint l'ingérence dans son milieu familial
 - Le grand roulement de personnel
 - Crainte de débordement en ajoutant un nouvel aspect sur lequel intervenir
 - Le manque de priorisation de la parentalité par les institutions
 - La recherche scientifique peu documentée



Les bases de la réadaptation du rôle parental

- Aux urgences: Évaluer systématiquement si présence d'enfants et la dangerosité
- En clinique externe: discuter de désir d'enfant, accompagner la grossesse, préparer plan d'urgence pour les enfants si hospitalisation
- Hospitalisations: s'informer des enfants, rencontrer ceux-ci, aménager des visites
- Programme de réadaptation: développer des ateliers pour développer les compétences
- Arrimer les services de la pédopsychiatrie et de la psychiatrie adulte
- Communautaires: développer des groupes de support, d'accompagnement, d'échanges. Manque de service de répit!



Les bases de la réadaptation du rôle parental

- Hébergement: développer des services d'hébergement parent-enfant spécifique aux adultes ayant une maladie psychiatrique.
- Services sociaux: développer partenariats, corridors de service, formations conjointes
- Formation académique: aborder cette problématique
- Associations professionnelles: Développer des recommandations spécifiques dans l'intervention de la parentalité
- Médias: Combattre la stigmatisation



Que vivent ces enfants « invisibles »?

- Les enfants perçoivent, entendent. PEUR
- Perception égocentrique du monde: culpabilité.
- Analyse concrète du monde: recherche de sens.
- Expression de leurs inquiétudes par leurs changements de comportement.
- Essayer de prendre soin du parent, chercher à provoquer une réaction ou s'effacer pour épargner le parent.
- Impact sur les apprentissages.
- Les enfants sont toujours influencés mais pas tout est négatif: responsabilisation, rapprochements familiaux
- Stigma et impacts sociaux peuvent être pire que la maladie!!!!
- Plus de psychopathologie (génétique mais SURTOUT psychosocial)



Que vivent ces enfants lors des hospitalisations?

- Ça rime avec séparation
- Crainte de la mort
- Crainte d'aller en famille d'accueil
- Besoin de voir les parents, de comprendre, d'être impliqué
- Idéalement, il faut les planifier. Identifier un plan de secours! Alors, ça peut être vu comme sécurisant.



Quoi faire pour les enfants?

- Les identifier!!!
- Briser l'isolement et le silence! Groupe de paroles.
- Trouver un proche sain (temporairement si rechute, hospit ou plus lgtps)
- Les déculpabiliser,
 - Reconnaître tout ce qu'il font pour leur famillemais en même temps les accompagner pour qu'ils ne délaissent pas complètement leur vie d'enfant ou d'ado.
 - Le rôle primordial de l'école!!!!



Qu'est-ce que les enfants veulent savoir?

- Qu'est-ce que la maladie mentale?
- Quelles sont les causes?
- Quelles sont les dangers?
- Est-ce contagieux?
- Comment aider?



Quoi répondre?

- Informez-vous de comment il se sent, ses questions, ses peurs.
- Choisir un moment calme.
- Prendre des mots simples et éviter de trop en dire.
- Rassurer le plus possible à partir de ce que vous croyez vraiment.
- Garder la communication active, d'autres questions viendront.
- Éviter que l'enfant devienne un confident.



Quoi faire? Ressources

- Organisme et livre: «Anna et la Mer », autres initiatives
- COPMI site internet australien pour les enfants et sections pour les parents et soignants
- Ici: organisme Le Maillon, programme SIPPE (CLSC), Centres Jeunesse, services de santé mentale jeunes



Initiatives québécoises

- Groupe TPL collaboration CJ et LHL
- Association Québécoise pour la santé mentale du nourrisson
- Parent Espoir: organisme de promotion de la parentalité et de la santé mentale
- FFAPAMM
- La boussole à Québec (même un camp de jour spécifique pour ces enfants)



Livres

- « Anna et la mer », FFAPAMM
- Livres de Julie Vincelette
- Livres de la collection « Pas de panique, c'est la vie »,
Mon frère n'est plus connecté dans sa tête : la schizophrénie, ed. OSKAR
- « La maison des intempéries, vivre avec un parent ayant un trouble de personnalité limite », ed. MIDI TRENTÉ
- « Comprendre la maladie mentale dans la famille » ed. société québécoise de la schizophrénie »
- « Au-delà des troubles mentaux, la vie familiale » ed. CHU Ste-Justine



Initiatives à l'étranger

- Bicycle-asso.org slash parent (association d'aide aux famille d'enfant et d'adolescent ayant des troubles de l'humeur)
- Unités d'hospitalisation mère-bébé (pour psychose post-partum par exemple)
- SPARADRAD (France)



Messages Clés pour Tous les Soignants

- Soyez curieux! Abordez le sujet de la vie familiale.
- Aller voir comment vont les enfants des parents atteints.
- Aller voir comment vont les 2 parents des enfants en suivi.
- Chaque parent est unique: balance entre facteurs de risques et de protection.
- La compétence parentale n'égal pas le diagnostic psychiatrique.



Messages Clés pour Tous les Soignants

- Les problèmes psychiatriques fluctuent dans le temps...et peuvent s'améliorer!
- Devenir ou Être parent peut devenir un levier crucial dans le rétablissement d'un parent atteint. Autant mère que père.
- Travailler ensemble!! (encore plus)



- Remerciements à Annie Plourde,
centre de documentation de l'hôpital
de Chicoutimi

▪ Merci!!!

