

***Quand les soins infirmiers soutiennent les forces
de la famille touchée par la maladie mentale
parentale afin de favoriser le développement de
l'enfant***

Travail de Bachelor

KRAMER Joanne

N° 16872830

MARQUES INACIO Stéphanie

N° 15496508

VOJKA Zoga

N° 16872996

Directrice : Delphine Coulon - PhD. Maitre d'enseignement en santé
de l'enfant et la famille, Haute école de santé Genève

Membre du jury externe : Maria Janier Alvite - Infirmière spécialisée en santé de
l'enfant, de l'adolescent et de la famille

Genève, le 31 juillet 2019

DÉCLARATION

« Ce travail de Bachelor a été réalisé dans le cadre d'une formation en soins infirmiers à la Haute école de santé – Genève en vue de l'obtention du titre de *Bachelor of Science HES-SO en Soins infirmiers* ». L'utilisation des conclusions et recommandations formulées dans le travail de Bachelor, sans préjuger de leur valeur, n'engage ni la responsabilité des auteurs, ni celle du directeur du travail de Bachelor, du juré et de la HedS.

Nous attestons avoir réalisé seules le présent travail sans avoir plagié ou utilisé des sources autres que celles citées dans la bibliographie ».

Fait à Genève, le 31 juillet 2019

KRAMER Joanne

MARQUES INACIO Stéphanie

VOJKA Zoga

REMERCIEMENTS

Nous remercions Mme Delphine Coulon, notre directrice de travail, pour son accompagnement bienveillant, ses conseils et sa confiance accordée tout au long de ce travail, qui nous a permis de développer notre autonomie ; notre Jury, Mme Maria Janier Alvite de l'intérêt qu'elle porte à notre travail ainsi que les professeurs de la Haute école de santé pour leurs apports théoriques et pratiques.

Nous souhaitons, également, remercier les psychologues de la fondation "Le Biceps" pour le temps accordé, les échanges précieux ainsi que leur accueil chaleureux.

Pour finir, un grand merci à nos proches pour leur soutien et leur bienveillance tout au long de ce Travail de Bachelor. Merci à chacune pour le soutien mutuel, la collaboration fructueuse et le respect partagé qui ont permis une évolution sur le plan professionnel et personnel.

RÉSUMÉ

Introduction

Les données épidémiologiques internationales démontrent qu'un grand nombre d'adultes atteints de troubles mentaux sont parents et qu'ils constituent un facteur de risque important pour le développement de la psychopathologie dans la population générale. Le risque pour l'enfant, vivant avec un parent malade, de développer une maladie mentale au cours de la vie est de 40 à 77%. La maladie mentale parentale peut avoir de graves conséquences sur le développement de l'enfant, la parentalité et la qualité de vie de la famille.

Objectif

L'objectif est d'explorer quelles interventions infirmières centrées sur les forces pourraient permettre d'accompagner une famille dont un parent est atteint d'un trouble psychiatrique sévère pour favoriser le développement de l'enfant.

Méthode

Cette revue de littérature inclut huit articles scientifiques qui abordent la maladie mentale parentale selon une perspective familiale. Ils ont été sélectionnés suite à des recherches, à partir de termes spécifiques, sur la base de donnée "CINAHL" et manuellement par le biais des références d'autres articles.

Résultats

Les articles mettent en évidence, parmi d'autres notions, un besoin de connaissances et de soutien pour les familles touchées par la maladie mentale parentale. Il en ressort que les enfants ont spécifiquement besoin d'accompagnement et de sécurité ainsi que d'une communication adaptée à leur âge.

Discussion/Conclusion

La littérature démontre que les familles confrontées à la maladie mentale d'un parent souffrent et que les risques pour les enfants sont élevés. D'après les résultats, l'accompagnement de ces familles sera plus efficace avec des interventions axées sur ces dernières. Pour fournir un soutien personnalisé, quatre aspects sont importants à prendre en compte pour développer le rôle infirmier tels que la dynamique familiale, l'environnement et les besoins des membres de la famille.

Mots clés

famille – soins infirmiers – parents atteints de troubles mentaux – développement de l'enfant

Key words

family – nursing care – parents with mental illness – child development

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ASFF	Approche des soins fondés sur les forces
CAPPI	Centre Ambulatoire de Psychiatrie et Psychothérapie Intégrée
CDE	Convention Internationale relative aux Droits de l'Enfant
CINAHL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
COPMI	Children of parents with a mental illness
HEdS	Haute école de santé – Genève
HES-SO	Hautes Écoles Spécialisées de Suisse Occidentale
HeTop	Health Terminology/Ontology Portal
HUG	Hôpitaux Universitaires de Genève
Mesh	Medical Subject Headings
MHPPP	Mental Health Positive Parenting Program
PICOT	Population, Intervention, Comparaison ou Contexte, Outcomes, Temporalité
SPMI	Service de Protection des Mineurs
TB	Trouble bipolaire

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Développement de l'enfant de 4 à 6 ans adapté de Tourrette & Guidetti (2018)	18
Tableau 2. Développement de l'enfant de 7 à 10 ans adapté de Tourrette & Guidetti (2018)	19
Tableau 3. PICOT	34
Tableau 4. MeSH Terms	35
Tableau 5. Équations de recherche sur CINAHL	36
Tableau 6. Références des articles retenus	37
Tableau 7. Tableaux comparatifs des études retenues pour l'analyse critique.....	40

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Les besoins de développement de l'enfant selon un cadre d'analyse écosystémique	21
Figure 2. Modèle écosystémique adapté de Bronfenbrenner (1979).....	32
Figure 3. Diagramme de flux décrivant le processus d'identification des articles	38
Figure 4. Les conditions propices à la prévention envers la population COPMI	75

TABLE DES MATIÈRES

Déclaration	2
Remerciements	3
Résumé	4
Liste des abréviations	6
Liste des tableaux	7
Liste des figures	7
Table des matières	8
1. Introduction	12
2. Problématique	13
2.1. Dimensions épidémiologique, politique et sociale	13
2.1.1. Épidémiologie	13
2.1.1.1. Santé mentale en Suisse	14
2.2. Contextes législatif et politique	14
2.2.1. Obligations et droits parentaux	15
2.2.2. Droits de l'enfant	15
2.3. Contexte social	16
2.3.1. Protection de l'enfance	17
2.3.2. Mission de l'association "Biceps"	17
2.4. Etat des connaissances	18
2.4.1. Enfant : développement physiologique et stades	18
2.4.1.1. Stades de développement	18
2.4.1.2. Théorie de l'attachement	19
2.4.2. Parentalité	21
2.4.3. Troubles psychiatriques sévères	23
2.4.3.1. Dépression	23
2.4.3.2. Troubles bipolaires	23
2.4.3.3. Personnalité borderline	24

2.4.3.4. Schizophrénie	24
2.4.4. Famille	24
2.4.4.1. Dynamique familiale	25
2.4.5. Stratégies d'adaptation	25
2.4.5.1. Coping	25
2.4.5.2. Résilience	27
2.5. Question de recherche	28
3. Ancrage théorique selon Gottlieb	29
3.1. Approche des soins infirmiers fondés sur les forces	29
3.1.1. Hiérarchie des connaissances	29
3.1.2. Paradigme	29
3.1.3. École de pensée	30
3.1.4. Métaconcepts intégrant les postulats de la théorie	30
3.1.4.1. Personne	30
3.1.4.2. Santé	30
3.1.4.3. Soins	31
3.1.4.4. Environnement	31
3.1.5. Forces	32
3.1.6. Modèle d'intervention familial et rôle infirmier	32
3.2. Choix du modèle	33
4. Méthodologie	34
4.1. Sources d'information et stratégie de recherche documentaire	34
4.1.1. Identification des éléments pertinents	34
4.1.2. Méthode PICOT	34
4.1.3. Mots clés / MeSH Terms / Descripteurs CINAHL	35
4.1.4. Equations de recherche des articles sélectionnés	35
4.1.5. Articles retenus pour cette revue de littérature	37
4.2. Diagramme de flux	38
5. Résultats	39

5.1. Tableaux comparatifs	39
5.2. Analyse critique des articles retenus	48
5.2.1. Perception et sentiments ressentis de la maladie mentale parentale	49
5.2.1.1. Perception du parent malade	49
5.2.1.2. Perception des enfants et des conjoints	50
5.2.3. Conséquences de la maladie mentale parentale	52
5.2.3.1. Conséquences pour les enfants	52
5.2.3.1. Parentalisation	53
5.2.1. Besoins des parents, enfants et conjoints	54
5.2.1.1. Besoins de connaissances sur la maladie	54
5.2.1.2. Communication sur la maladie	54
5.2.1.3. Impacts “positifs” des connaissances de la maladie	55
5.2.1.2. Besoin de soutien	56
5.2.4. Stratégies d’adaptations familiales et coping familial	57
5.2.4.1. Stratégies des parents	57
5.2.4.2. Stratégies des enfants	58
5.2.4.3. Recherche de soutien	58
5.2.4.4. Stratégie familiale de coping	59
6. Discussion	60
6.1. Famille	60
6.1.1. Parent malade	60
6.1.2. Enfant	61
6.1.3. Conjoint	62
6.1.4. Besoins de la famille	62
6.2. Environnement	63
6.2.1. Environnement physique	64
6.2.2. Environnement relationnel	65
6.2.2.1. Relation avec le parent “malade”	65
6.2.2.2. Relation avec le parent “sain” et la fratrie	65
	10

6.2.2.3. Relation famille élargie, amis et animaux de compagnie	65
6.2.3. Environnement social	66
6.3. Le rôle infirmier	68
6.4. Interventions	69
6.4.1. Nature des interventions	69
6.4.2. Différents modèles d'interventions dans la littérature	71
6.4.2.1. Exemples de programmes interventionnels dans les études	71
6.4.2.1.1. Kidstime	71
6.4.2.1.2. MHPPP	71
6.4.2.1.3. In my shoes	72
6.4.2.1.4. Modèle d'intervention selon Gottlieb	72
6.4.2.1.5. Ce qui se fait au Biceps	72
6.4.2.2. Éducation thérapeutique	73
6.4.3. Buts des interventions	73
6.4.4. Implémentation des interventions dans la pratique	74
6.4.4.1. Implémentation de la philosophie de Gottlieb	76
7. Conclusion	77
7.1. Apports et limites du travail	77
7.2. Recommandations	78
7.2.1. Pratique	79
7.2.2. Recherche	80
7.2.3. Enseignement	81
Références	82
Annexes	89
Annexe I : Dimensions épidémiologiques	89
Annexe II : Dix catégories de forces à l'usage des soignants	90
Annexe III : Classification des forces de caractère	91
Annexe IV : Principales forces qui favorisent la résilience de la famille	92

1. INTRODUCTION

Ce travail de Bachelor clos notre formation en soins infirmiers au sein de la Haute école de santé de Genève. Il se présente sous forme d'une revue de littérature, complétée, grâce à une sélection d'articles scientifiques récents issus de recherches sur des bases de données.

L'objectif est de mettre en lumière les enjeux auprès des familles touchées par la maladie mentale d'un parent, de recenser les interventions efficaces dans la littérature et de proposer une approche dans le contexte de santé genevois. Pour ce faire, nous développons différents champs théoriques.

Tout d'abord, les données épidémiologiques les plus actuelles sont recensées dans la littérature et nous passons en revue le contexte politique et social à Genève. Ensuite, nous exposons, à travers l'état des connaissances, les différents concepts clés en lien avec le sujet. Ceux-ci, nous permettent d'établir une question de recherche sur un sujet peu exposé au sein de notre système de santé.

De plus, nous nous intéressons à l'approche des soins infirmiers fondés sur les forces de Laurie N. Gottlieb comme cadre théorique. Par la suite, nous expliquons la méthodologie utilisée pour sélectionner les huit articles retenus que nous avons analysés afin d'en extraire des résultats pertinents en lien avec la problématique. Finalement, nous discutons de nos multiples lectures, des résultats énoncés et de l'ancrage théorique afin d'exposer des recommandations dans la pratique, la recherche et l'enseignement.

Nous précisons qu'une majorité des chapitres mentionnent "les infirmières" mais l'ensemble du texte s'applique aux deux genres.

2. PROBLÉMATIQUE

Répondre aux besoins des enfants afin de leur permettre de se développer le plus sainement possible et favoriser leur bien-être est un challenge pour chaque parent. Un grand nombre d'adultes atteints de troubles mentaux sont parents. Les risques pour l'enfant liés à la maladie mentale parentale sont nombreux et élevés. L'accompagnement actuel, en Europe et en Suisse, inclut rarement les soins axés sur la famille qui souffre. Les soignants font face à des défis. Ils n'ont pas toujours les outils et la disponibilité pour y répondre.

2.1. Dimensions épidémiologique, politique et sociale

2.1.1. Épidémiologie

La maladie mentale parentale est considérée comme l'un des facteurs de risque les plus importants pour le développement de la psychopathologie dans la population générale (Reupert, Cuff, Drost, Foster, Doesum, & van Santvoort, 2013). Voici les données mondiales recensées dans la littérature. Elles permettent de soulever un problème de santé publique. Les enjeux sont, donc, importants car, c'est une population qui peut, potentiellement, devenir patiente des services de santé mentale, avec un coût conséquent. Or, il est prouvé que la prise en soin précoce et préventive peut diminuer ces risques.

En santé mentale, 23 à 32% des patients sont parents et s'occupent de leurs enfants (Maybery, Reupert, Patrick, Goodyear & Crase, 2009). Des données indiquent que 10 à 15% des enfants vivent avec un parent atteint de psychopathologie (Royal College of Psychiatrists, 2011, cité par Tabak et al., 2016), soit environ un enfant sur cinq (Gantriis et al., 2019).

Des études longitudinales ont montré qu'au cours de la vie, le risque de développer un trouble psychiatrique est de 40 à 77% chez les enfants de parents atteints de maladie mentale et ce pour tous les troubles psychiques (Hosman, Doesum & Van Santvoort, 2009). L'impact peut être grave lorsque deux parents sont atteints de maladie mentale, car il y a 30% à 50% de risque que leur enfant devienne gravement malade (Cooklin, 2010).

Dans cette situation, les enfants ont plus de risques de développer une maladie mentale, souvent, similaire à celle de leur parent (Maybery et al., 2009). Bonnot (2007), expose les prévalences des risques pour les enfants, selon les pathologies psychiatriques, détaillées en annexe I.

2.1.1.1. Santé mentale en Suisse

En Suisse, environ 17% de la population souffre d'un ou de divers problèmes mentaux. Les maladies mentales font partie des affections les plus courantes et les plus invalidantes. Elles peuvent avoir un impact important sur la vie quotidienne et sur la qualité de vie des personnes touchées. Les coûts économiques reviennent à plus de 7 milliards de francs par an (Bürli, Amstad, Duetz, Schmucki & Schibli, 2015).

Le stress ou la souffrance psychique de la personne atteinte de problèmes mentaux peuvent être augmentés et atteindre les proches, notamment les enfants et/ou les conjoints. Les maladies mentales peuvent engendrer d'autres répercussions importantes comme l'invalidité ou le suicide, si elles ne sont pas soignées de façon appropriée (Schuler & Burla, 2012). Donc, elles constituent un réel enjeu en ce qui concerne la politique de santé. L'agencement des mesures de santé mentale comporte encore des carences dans l'ensemble de la Suisse (Bürli et al., 2015). En appliquant les chiffres mondiaux de 2015 à la Suisse, en sachant que 17% de la population souffre de maladie mentale, cela représente 1'400'460 personnes puisque la population suisse totale est de 8'238'000. Entre 23 et 48% sont des parents soit de 322'106 à 672'221 parents.

2.2. Contextes législatif et politique

Dans le cadre législatif et politique genevois, aucune loi ou procédure spécifique à la prise en soin des enfants et des familles, touchés par la maladie mentale parentale, n'est mise en place. Cependant, les lois relatives aux obligations communes à tous les parents et les droits de tous les enfants mettent en lumière un cadre et le devoir de l'état à venir en aide à la population vulnérable que sont les mineurs.

2.2.1. Obligations et droits parentaux

Dans le Code civil suisse du 10 décembre 1907, les droits et devoirs en terme d'autorité parentale et la convention d'entretien sont largement détaillés. Ci-après, sont présentés, quelques articles qui permettront de soutenir et accompagner les enfants.

Nous soulignons, dans le texte, ce que nous relevons comme le plus en lien avec notre sujet :

- “Les père et mère déterminent les soins à donner à l'enfant, dirigent son éducation en vue de son bien et prennent les décisions nécessaires, sous réserve de sa propre capacité.” (Art. 301 du Code civil suisse du 10 décembre 1907 (CC ; RS 210))
- “L'enfant doit obéissance à ses père et mère, qui lui accordent la liberté d'organiser sa vie selon son degré de maturité et tiennent compte autant que possible de son avis pour les affaires importantes.”(Art. 301,CC)
- “L'autorité parentale inclut le droit de déterminer le lieu de résidence de l'enfant.”(Art. 301a CC)
- “Les père et mère sont tenus d'élever l'enfant selon leurs facultés et leurs moyens et ils ont le devoir de favoriser et de protéger son développement corporel, intellectuel et moral.”
- “A cet effet, ils doivent collaborer de façon appropriée avec l'école et, lorsque les circonstances l'exigent, avec les institutions publiques et d'utilité publique de protection de la jeunesse.”(Art. 302, CC)
- “L'autorité de protection de l'enfant prend les mesures nécessaires pour protéger l'enfant si son développement est menacé et que les père et mère n'y remédient pas d'eux-mêmes ou soient hors d'état de le faire.”
- “Elle peut, en particulier, rappeler les père et mère, les parents nourriciers ou l'enfant à leurs devoirs, donner des indications ou instructions relatives au soin, à l'éducation et à la formation de l'enfant, et désigner une personne ou un office qualifiés qui aura un droit de regard et d'information.”(Art. 307, CC)

2.2.2. Droits de l'enfant

La convention internationale relative aux droits de l'enfant (CDE) de 1989, ratifiée par la Suisse en 1997, présente des droits fondamentaux pour les mineurs. Elle reconnaît leurs droits et leurs besoins spécifiques de soins, de protection et de soutien. Les états, ayant rejoint la convention, se sont engagés à respecter ces droits et à mettre en œuvre tous les moyens pour les faire respecter.

“L’intérêt supérieur de l’enfant doit être considéré en priorité lors de toutes les mesures qui concernent les enfants“. Les «3P» sont un “résumé” de la convention aux droits de l’enfant :

- Protection
- Promotion
- Participation

(Réseau Suisse des droits de l’enfant, s.d.)

La CDE s’articule autour de quatre droits fondamentaux :

- “Article 2. La non - discrimination : Le principe que tous les droits doivent être accordés à tout enfant sans exception et l’obligation pour l’état de protéger l’enfant contre toutes formes de discrimination. L’Etat s’engage à ne violer aucun des droits de l’enfant et à prendre des mesures pour favoriser le respect de tous ceux-ci.“
- “Article 3. L’intérêt supérieur de l’enfant : Toute décision concernant un enfant doit tenir pleinement compte de l’intérêt supérieur de celui-ci. L’Etat doit assurer à l’enfant la protection et les soins nécessaires à son bien-être au cas où ses parents ou les autres personnes responsables de lui ne les assureraient pas.”
- “Article 6. Le droit à la vie, la survie et le développement : Le droit inhérent à la vie et l’obligation de l’Etat d’assurer la survie et le développement de l’enfant.”
- “Article 12. Opinion de l’enfant : Le droit de l’enfant dans toute question ou procédure le concernant, d’exprimer son opinion et de voir cette opinion prise en considération.”

(Fonds des Nations Unies pour l’Enfance [UNICEF]., s.d., pp. 2-3)

2.3. Contexte social

Il est important de développer le contexte social dans le cadre de la maladie. En effet, un parent touché par la maladie mentale pourrait, en répercussion de celle-ci, ne pas remplir ses obligations et ne pas respecter les droits de son enfant. Les éléments cités ci-dessous risqueraient d’être effectifs. Dans ce cas, il est utile d’en prendre connaissance, afin de pouvoir identifier les situations à risque et agir en conséquence.

2.3.1. Protection de l'enfance

Une maladie mentale parentale peut être un fardeau pour un enfant. Les risques de violence ou de négligence sont connus. L'enfant peut développer différents sentiments négatifs et des angoisses. Il peut se retrouver avec des responsabilités à un âge durant lequel, normalement, l'innocence et la légèreté règnent. Finalement, le risque majeur est de présenter, lui-même, une maladie mentale.

Selon la Protection de l'enfance Suisse, "près d'une personne sur quatre connaît une crise psychique sévère au cours de sa vie." Ces personnes peuvent être parents. Il est, maintenant, reconnu que les enfants sont exposés à des conséquences sur leur développement. La maladie mentale parentale provoque des réactions et des comportements inappropriés que l'enfant ne peut pas comprendre. Elles sont les principales causes d'angoisses et altèrent "la relation parent-enfant". Si le parent délaisse son enfant, l'effet peut être dévastateur sur le développement de ce dernier. Au cours du temps, ces enfants peuvent présenter des symptômes pathologiques sous "la forme de problèmes émotionnels ou sociaux, des troubles du comportement (agressivité ou autres), des problèmes de concentration et de difficultés scolaires." La 5ème conférence internationale sur les familles et les enfants dont un parent souffre de troubles psychiques, au congrès Suisse de psychiatrie, en 2016, à Bâle, montre l'intérêt croissant pour cette problématique (Protection de l'Enfance Suisse, 2019).

2.3.2. Mission de l'association "Biceps"

Le Biceps est une association qui soutient psychologiquement les enfants, les adolescents et les jeunes adultes qui sont confrontés à la maladie mentale parentale. Le but de cette association est d'offrir un lieu d'écoute, d'échanges et de soutien. Trois psychologues spécialisées en psychoéducation, que nous avons eu le plaisir de rencontrer et qui nous ont expliqué leur mission, travaillent au sein de cette association. L'intégralité des interventions proposées sont offertes gratuitement. Le Biceps collabore avec plusieurs organisations, telles que le service de protection des mineurs (SPMI), les écoles, les foyers, les conseillères d'éducation ainsi qu'avec le centre ambulatoire de psychiatrie et psychothérapie intégrée (CAPPI) des Eaux-Vives, qui propose des groupes de parole aux parents. Une association similaire existe dans le Canton de Vaud, As'trame. Les demandes proviennent généralement du parent sain et parfois d'un enfant. Le déroulement du processus proposé sera développé dans un sous-chapitre (6.4.2.1.4. Ce qui se fait au Biceps), dans la discussion.

2.4. Etat des connaissances

Les différents concepts liés à la problématique, utilisés comme soutien lors de la discussion et des recommandations, sont exposés dans ce chapitre.

2.4.1. Enfant : développement physiologique et stades

2.4.1.1. Stades de développement

Les différents stades permettent de comprendre le fonctionnement de l'enfant et ainsi de mieux percevoir les troubles mentionnés tout au long de cet écrit (tableau 1 et 2). Les évolutions du développement listées dans les tableaux ci-dessous ne sont possibles que dans un environnement propice et sécuritaire. Le dysfonctionnement du parent, causé par une symptomatologie, liée à des troubles mentaux, risque de mettre en danger le "bon" développement de son enfant.

Tableau 1. Développement de l'enfant de 4 à 6 ans adapté de Tourrette & Guidetti (2018)

Âge	Psychomoteur	Langage	Cognitif	Affectif
4-6 ans	Evolution de la dextérité des mouvements	Langage en pleine expansion (Vocabulaire et construction de phrases)	Stade pré-opératoire	Stade phallique
	Construction du schéma corporel		Egocentrisme (Enfant guidé par ses sens et ses expériences, pas capable de se décentrer, seul son avis compte)	Complexe d'Oedipe (Parent du sexe opposé aimé et parent du même sexe détesté car perçu comme un obstacle à l'amour du parent choisi)
	Latéralisation		Décentration (6 ans) (Mobilité de la pensée, peut envisager plusieurs points de vue, reformuler le sien pour se positionner)	Fin du complexe (Acceptation de la réalité du sexe de l'enfant, renoncement de l'inceste et construction du Sur Moi)
	Habiletés sociales		Jeu	Dessin
	A l'école → détachement de la figure d'attachement, interaction groupes sociaux (amis, enseignants), non verbal - jeux		Jeu de fiction ou symbolique (Evocation de personnes ou d'objets absents - imitation et représentations mentales)	Progrès moteur dans le dessin avec des gestes plus précis (L'enfant connaît plus de choses qu'il a vu ou manipulé)
			Fonction du jeu → Communication, reproduction du réel (meilleure connaissance des choses donc facilite l'assimilation), transformation du réel (modifier le réel pour mieux l'assimiler).	Progrès de son analyse (Avoir un aperçu de ce qu'il veut représenter)
				Pensée égocentrique (L'enfant verra que son point de vue et ne pourra le coordonner avec ceux des autres)

Tableau 2. Développement de l'enfant de 7 à 10 ans adapté de Turrette & Guidetti (2018)

Âge	Psychomoteur	Langage	Cognitif	Affectif
7-10 ans	Développement de la coordination	Langage acquis, s'exprime sans peine (Élaboration plus complexe des structures de phrases)	Stade des opérations concrètes (prendre du recul sur une situation pour réfléchir) :	Stade de latence (6- 12 ans)
	Précision et rapidité des mouvements		Réversibilité (faire une même action dans deux sens)	Diminution de la sexualité jusqu'au début de la puberté
			Elaboration des classes (opérations logico-mathématiques)	L'énergie pulsionnelle se libère pour le monde intellectuel (intérêt pour les connaissances et le monde extérieur)
		Émettre des idées, faire des hypothèses (Lemay, 2014)	Intégration de la pensée dite logique (Acquisition de la capacité de structurer d'emblée et de manière adéquate les données principales d'une situation)	Période du renforcement du Moi (mieux adapté à la réalité) et du SurMoi
	Habiletés sociales		Jeu	Dessin
	Relations interpersonnelles permettent le développement social et la compréhension interpersonnelle (Donner un sens aux comportements de l'autre, identifier ses sentiments)		Conception de la communauté (dissociation réalité de la fiction, socialisation augmentée et décentration)	Réalité et objectivité (grâce à la maturité et l'intellectuel)

2.4.1.2. Théorie de l'attachement

Selon Bowlby, l'attachement est un processus instinctif, durant les trois premières années, qui permet la survie de l'individu tout en conservant une proximité entre lui et sa mère (Bowlby, 1973, 1978, 1984). La figure d'attachement, souvent la mère, joue un rôle dans la construction de l'enfant. Winnicott (1956), cité par Courtinat (s.d.), expose deux concepts clés pour répondre aux besoins de l'enfant de façon satisfaisante (figure 1). D'abord, le "holding" qui signifie le maintien, façon dont est porté l'enfant, physiquement et psychologiquement, grâce à une sécurité affective qui lui offre un sentiment d'exister en tant qu'unité. Ensuite, le "handling" qui signifie le maniement. Il s'agit de la manière de traiter l'enfant et de lui apporter les soins. Cela permet le développement de son schéma corporel et de son fonctionnement mental. Cette relation influencera la manière dont l'enfant, en grandissant, établira des relations sociales. Le but de l'attachement est de procurer au bébé un sentiment de sécurité, de protection et de confiance.

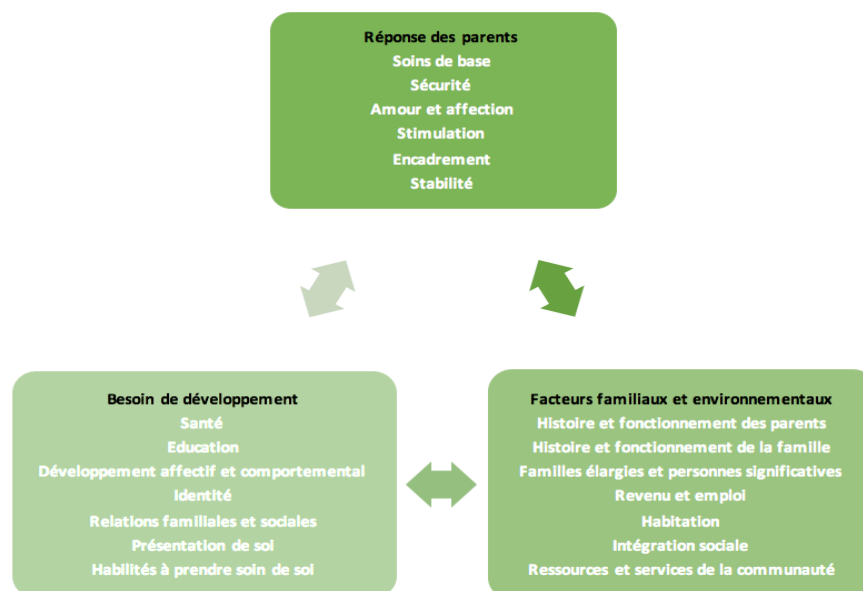
L'enfant peut créer différentes formes d'attachement avec plusieurs personnes mais il sera principalement attaché à une seule, généralement sa mère, et celle-ci sera la plus influente dans sa construction (Bowlby, 1973,1978, 1984). Le style d'attachement dépendra de la capacité des parents à répondre correctement aux besoins de l'enfant (la proximité physique et affective ; la réciprocité et l'engagement) grâce au caregiving (Tereno, Soares, Martins, Sampaio, & Carlson, 2007). Un parent "suffisamment bon" et disponible sera perçu, par l'enfant, comme une figure d'attachement fiable. Il se sentira alors aimable et méritant de l'affection (Bowlby, 1973,1978, 1984).

D'après Ainsworth (1978), il existe quatre types d'attachement :

- **L'attachement sécurisant** (type B) permet à l'enfant l'éloignement afin d'aller vers son environnement tels que le jeu, la lecture ou autres loisirs. Cependant, il reste attentif à la proximité de son "caregiver". Si la figure d'attachement s'éloigne, l'enfant ressentira une légère détresse. Lorsque celle-ci revient l'enfant cherchera le contact physique pour se consoler. Il sera rapidement rassuré et repartira vers son environnement. Les enfants qui ont reçu un attachement sécurisant sont plus compétents dans la résolution de problèmes ainsi que dans la relation avec les pairs. Ils sont également moins anxieux, moins hostiles et ont une bonne estime d'eux-mêmes (Bowlby, 1973,1978, 1984).
- **L'attachement insécurisant de type anxieux-évitant** (Type A), l'enfant prend connaissance de l'environnement sans s'occuper de la présence ou l'absence de son parent. Il ne montre aucun signe de détresse lorsque le "caregiver" s'éloigne et lorsqu'il revient. Il ne se préoccupe ni de lui ni de ses tentatives d'interaction.
- **L'attachement insécurisant de type anxieux-ambivalent** (type C), l'enfant est anxieux. Il n'explore pas son environnement, reste collé à son parent et le sollicite constamment. Il montre une grande détresse lors de la séparation et de la réunion. Il résiste à l'interaction du parent et n'est pas consolé par celui-ci.
- **L'attachement insécurisant de type désorganisé** (type D), l'enfant oscille entre un comportement d'évitement et d'ambivalence. Ses mouvements et ses comportements sont incomplets ou mal dirigés. Il est confus, craintif et n'a pas de bonnes stratégies face à la séparation.

Lors d'un attachement insécure, l'enfant percevra le monde comme dangereux et se considèrera également comme non-méritant de l'amour. Cela peut se produire si un parent est atteint d'un trouble psychiatrique. A long terme, l'enfant pourra avoir des problèmes du fonctionnement cognitif, émotionnel et social. Ceci peut se répercuter dans les générations à venir (Bowlby, 1973,1978, 1984). Les comportements, suite à un attachement insécure, pour les enfants de moins de trois ans, sont les troubles du sommeil, les pleurs anormaux (insuffisants ou excessifs), le fait de ne pas supporter le contact physique avec les autres et peu de contacts oculaires. Pour les moins de dix ans, un trouble du comportement, un trouble émotionnel, un trouble alimentaire et une agressivité passive (Guédeney & Dugravier, 2006).

Figure 1. Les besoins de développement de l'enfant selon un cadre d'analyse écosystémique



Tiré de : Action Intersectorielle Pour le Développement des enfants et leur sécurité, 2017

2.4.2. Parentalité

Les personnes atteintes d'un trouble psychique peuvent être aussi des parents. La parentalité, pour ce groupe d'individu, peut être complexe. Elle génère de nombreux bouleversements et défis, au quotidien, auxquels doivent faire face ces personnes. Le fait de s'occuper d'un enfant et gérer, en plus, sa propre maladie n'est pas chose facile. Il est important de comprendre les répercussions de la symptomatologie sur le rôle parental, afin d'identifier les conséquences de celles-ci pour leurs enfants.

Boily, Tremblay, St-Onge et Héon, (2016), la définissent ainsi :

L'exercice de la parentalité consiste à s'assurer, individuellement ou collectivement, d'une réponse satisfaisante aux besoins de l'enfant et à adopter des stratégies d'éducation qui lui permettent de développer graduellement ses habiletés afin de répondre de façon autonome et responsable à ses besoins, facilitant ainsi son intégration et sa participation à la société (p.88).

Le processus de parentalité risque de dysfonctionner selon les pathologies. D'après McHale (1995), le degré de soutien émotionnel et instrumental développé entre les deux adultes dépend de : leur vie antérieure à la parentalité, la qualité de leur relation, la construction des liens entre eux, la relation familiale-systémique impliquant les grands-parents/parents/enfant(s) et le vécu post-partum. Le fait d'avoir un enfant est un moment de crise complexe à gérer. Si un facteur aggravant comme une maladie psychique se rajoute, ce processus risque de complexifier la situation. De plus, le lien entre le développement normal de l'enfant et la capacité des parents à établir un lien de partenariat parental est significatif.

Avec les troubles psychiques d'un membre, toute la structure familiale se trouve perturbée. Les répercussions de la symptomatologie sur le plan du fonctionnement social, notamment, dans l'exercice du rôle parental sont importantes. Plusieurs aspects sont touchés par les manifestations de la maladie tels que le vécu du rôle parental, la réponse aux besoins de l'enfant, la situation de l'enfant au sein de la famille, les répercussions sur le développement de l'enfant et sur sa santé mentale ainsi que sur le conjoint et l'entourage (Boily et al., 2016).

De plus, la baisse d'énergie, l'anxiété, les idées délirantes, la tristesse, l'irritabilité et les pensées obsessionnelles sont susceptibles d'avoir une influence négative sur les soins prodigués aux enfants et sur la relation émotionnelle. La baisse d'énergie épuise les parents atteints de troubles psychiatriques. Ils finissent par montrer moins d'intérêt, d'attention, de patience et de disponibilité envers leurs enfants et leurs proches. Quand la tristesse s'additionne, la situation conduit la personne à s'isoler. Ils finissent par avoir du mal à respecter une routine, ce qui peut nuire à la régularité dont l'enfant a besoin (Boily et al., 2016). Les idées délirantes peuvent, également, impacter la relation parent-enfant. "Les idées délirantes envahissantes affectent la perception des besoins de l'enfant et l'ensemble des soins..."(Boily et al., 2016, p. 91).

L'irritabilité influence la capacité de concentration et provoque ainsi une baisse de l'intérêt venant des parents, trop préoccupés par leurs problèmes.

Selon Boily et al. (2016) :

Cette manifestation influence ainsi la capacité à offrir les soins de base ou accroît la frustration liée à leur exécution. Ils ressentent davantage d'agressivité et utilisent des méthodes plus coercitives pour les soins éducatifs ou pour la supervision des comportements et des activités (p.92).

2.4.3. Troubles psychiatriques sévères

Les troubles psychiatriques retenus pour ce travail sont détaillés à l'aide du DSM-5. Ces troubles affectent la dynamique familiale et tous ses membres ainsi que leur quotidien. Ceux-ci risquent d'affecter négativement le développement et le bien-être des enfants. Le trouble mental est défini comme un syndrome caractérisé par une perturbation clinique significative de la cognition, de la régulation émotionnelle ou comportementale d'un individu (Boyer, Crocq, Guelfi, Pull & Pull-Erpelding, 2016). Les troubles mentaux sont, fréquemment, associés à une détresse ou une altération importante des activités sociales, professionnelles ou d'autres aspects du fonctionnement de l'individu (Boyer et al., 2016). La nécessité d'un traitement médicamenteux relève d'une décision clinique complexe qui prend en compte plusieurs points, tels que la sévérité des symptômes, la détresse du patient suite aux symptômes et les risques/bénéfices des traitements disponibles (Boyer et al., 2016).

2.4.3.1. Dépression

La dépression est caractérisée par une humeur triste, vide, sans espoir et présente au quotidien. Il y a également une diminution d'intérêt ou de plaisir. L'individu peut souffrir d'insomnie ou d'hypersomnie et d'une diminution de la pensée ou de la concentration. Afin de définir le diagnostic, ces symptômes doivent être présents pendant au moins deux semaines. Ceux-ci induisent une altération sociale, professionnelle et personnelle (Boyer et al., 2016).

2.4.3.2. Troubles bipolaires

Les troubles bipolaires se manifestent par un épisode maniaque lors duquel l'individu a une humeur élevée et démonstrative. Il peut être irritable. Il a des pensées persistantes orientées vers une activité ou un but. De plus, l'individu peut montrer une estime de soi augmentée ou une diminution du besoin de sommeil.

Une hospitalisation peut être nécessaire lorsqu'il y a présence de psychoses. Ces périodes sont en alternance avec des phases de dépression profondes. Il existe un autre type (II) des troubles bipolaires qui se traduit par une hypomanie. Les symptômes sont moins forts et peuvent mener à une distractibilité. Une hospitalisation n'est pas nécessaire car la sévérité, des épisodes, n'est pas suffisante pour entraîner une altération professionnelle ou sociale. Cet événement peut précéder ou actualiser un épisode dépressif (Boyer et al., 2016).

2.4.3.3. *Personnalité borderline*

Le trouble de la personnalité borderline est caractérisé par une instabilité émotionnelle et des relations interpersonnelles manifestées par la peur de l'abandon. L'image de soi est altérée et les affects sont exacerbés. La personne montre des colères intenses, inappropriées et une impulsivité marquée dans plusieurs domaines tels que les achats ou la toxicomanie. Cette pathologie apparaît au début de l'âge adulte (Boyer et al., 2016).

2.4.3.4. *Schizophrénie*

La schizophrénie se manifeste par un trouble du traitement et de l'intégration de l'information qui handicape la personne dans le domaine du travail, de ses relations interpersonnelles et de son hygiène. L'individu qui souffre de cette pathologie présente également des idées délirantes, des hallucinations et des discours incohérents. Pour le diagnostic, les symptômes doivent durer depuis au moins six mois (Boyer et al., 2016).

2.4.4. *Famille*

Dans notre culture, la famille a plusieurs fonctions. L'une d'entre elles est d'apporter un sentiment d'appartenance à chacun des membres. De plus, la famille aide à ordonner nos pensées et nos comportements. Elle permet à l'individu de se construire, notamment, à l'enfant. Malgré de possibles diversités ou structures familiales complexes, elle a une fonction de protection, de sécurité et de structuration identitaire. Donc, la famille est primordiale pour répondre aux besoins de l'enfant et de son développement physique ainsi que psychologique.

D'après Vinay et Zaouche-Gaudron, (2017) :

..., la famille est considérée comme terrain de résilience, c'est-à-dire un lieu de ressource dans lequel chacun peut puiser pour faire face aux traumatismes de l'existence Elle est un espace où les transitions s'effectuent, la symbolisation se construit ... elle est aussi à l'origine de nos stratégies d'attachement (qu'elles soient sécurisées ou insécurisées) ... la famille est un engagement de chacun dans un projet relationnel à forte responsabilité du côté parental, à forte implication pour le devenir du côté enfant (pp. 15-16).

En ce sens, une structure familiale solide est extrêmement importante pour un enfant. Les responsabilités des parents pèsent lourd en plus de la maladie. Il est normal que la gestion d'une vie de famille, en plus de la maladie soit parfois impossible pour un individu.

2.4.4.1. Dynamique familiale

Auprès des familles avec des maladies psychiatriques parentales, il semble particulièrement pertinent d'adopter une approche axée sur la famille. Les besoins individuels des enfants et de leur famille devraient façonner la planification du traitement et des soins infirmiers (Wahl, Bruland, Bauer, Okan, & Lenz, 2017). L'infirmier qui travaille sur un système familial doit connaître la nature de la dynamique pour répondre aux besoins spécifiques de la famille/système. La dynamique familiale peut être de différentes natures, plutôt protectrice ou non. Afin de nous aider à comprendre, car les fonctionnements familiaux sont illimités, Mörhing (2006) propose des critères provenant de la psychanalyse selon deux axes : l'un vertical retraçant le développement de la famille et l'autre horizontal indiquant la modalité actuelle des liens entre les membres de la famille, les proches et leur environnement.

2.4.5. Stratégies d'adaptation

2.4.5.1. Coping

Le mot "coping" vient de l'anglais "to cope", qui signifie "faire face à". Lazarus et Folkman, deux psychologues américains, ont été les premiers à décrire ce concept. Selon eux, le coping représente "l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes ou externes qui menacent ou dépassent les ressources d'un individu" (Lazarus & Folkman 1984 cités par Paulhan 1992, p.545).

Lorsque la personne se trouve face à une situation perçue comme stressante ou menaçante qui peut mettre en danger son bien-être physique ou psychique, cette dernière développe des aptitudes que l'on nomme stratégies de coping (Bruchon-Schweitzer, 2001). Lors d'une telle situation, la personne entre dans un mécanisme d'évaluation que Paulhan (1992), décrit comme étant "... un processus cognitif à travers lequel un individu évalue de quelle façon une situation particulière peut mettre en danger son bien-être et quelles sont les ressources de coping disponibles pour y faire face" (p.548). De plus, Folkman et Lazarus (1988), ajoutent que "les processus d'évaluation des relations personne-environnement sont influencés par les caractéristiques personnelles antérieures (ressources personnelles) et les variables environnementales" (cités par Palhan 1992, p.549).

D'après Lazarus et Folkman (1984), il existe deux grands types de coping. Le premier, dont les stratégies sont centrées sur l'action, a pour but de modifier la relation entre la personne et sa situation grâce à diverses actions. C'est une résolution de problème vécu. Le second, dont les stratégies sont axées sur l'émotion, est considéré comme un processus cognitif qui a un effet sur le comportement que l'individu va adopter, par exemple, la décharge émotionnelle (cités par Chabrol & Callahan, 2018, p.188).

Selon Skinner et Edge, (1998), cités par Dumont et Plancherel (2001) :

En intervention clinique, aider une personne à adopter un bon coping, c'est lui donner le pouvoir de contrôler sa vie et d'influencer son développement. Autrement dit, un bon coping devrait aider une personne à mieux sélectionner les contextes de défis et à éviter les situations accablantes, à anticiper les problèmes, à évaluer les situations avec optimisme et réalisme, et à réagir de façon proactive, intentionnellement, organisée, flexible et bien coordonnée selon ses ressources personnelles et sociales (p.62).

Il semble que la prévention des problèmes biopsychosociaux durant l'enfance, l'adolescence et à l'âge adulte passe par une amélioration des mécanismes adaptatifs incluant différentes stratégies (Dumont & Plancherel, 2001).

2.4.5.2. Résilience

L'aptitude à faire face et à rebondir, dans sa vie, après un traumatisme est appelée la résilience. Anaut (2005), explique que cette capacité à rebondir est déterminée par la personnalité propre de l'enfant et par le style d'attachement, en rapport avec la théorie de Paul Bowlby. Plus celui-ci est sécure meilleure sera la résilience. C'est un processus dynamique, qui évolue dans le temps mais qui n'est pas nécessairement inné, durable et permanent. Une personne peut être résiliente dans une situation et ne pas l'être forcément dans une autre. Celle-ci peut "...rencontrer des ruptures ou failles de résilience lors d'une accumulation de stress ou de traumatismes" (p.10). La résilience englobe une compétence d'adaptation acquise au cours du développement dans le contexte de l'interaction entre l'enfant et son environnement (Sturzbecher & Dietrich, 2007).

Pour différencier le coping et la résilience Cyrulnik (2012), explique :

Le coping consiste à affronter l'épreuve, au moment où elle se présente. L'enfant défie le malheur avec sa petite personnalité déjà construite. Il combat ce qui est autour de lui avec ce qui est en lui. On parlera de résilience plus tard, dans l'après coup, quand l'enfant devra affronter dans sa mémoire, la représentation de ce qu'il a subi (p.94).

Tout un chacun peut faire preuve de résilience. Il existe un certain nombre de caractéristiques qui constituent les facteurs de résilience individuels, familiaux, sociaux et/ou communautaires (Anaut, 2005). L'autonomie, l'empathie, la sociabilité et la perception d'une relation positive avec l'autre sont, par exemple, des caractéristiques individuelles qui facilitent la résilience chez la personne. La dynamique familiale, la qualité de la communication, les interactions chaleureuses et positives entre les membres de la famille ainsi que l'affection apportée sont quant à elles des facteurs de résilience familiale. Finalement, la solidarité, l'implication active, les valeurs d'entraide et de tolérance sont des caractéristiques qui favorisent la résilience sociale (Anaut, 2005). Les professionnels de santé sont inclus dans les facteurs de protection environnementaux pour permettre de favoriser la résilience.

2.5. Question de recherche

Les enfants de parents atteints de maladie mentale constituent un groupe vulnérable à haut risque d'avoir un développement altéré et des troubles psychologiques. De ce fait, la question est la suivante :

Quelles interventions infirmières centrées sur les forces permettent d'accompagner une famille dont un parent est atteint d'un trouble psychiatrique sévère afin de soutenir le développement de l'enfant ?

3. ANCRAGE THÉORIQUE SELON GOTTLIEB

Laurie N. Gottlieb est une infirmière, professeure en recherche, dans un hôpital au Canada et enseignante, depuis 1974, à l'Ingram School of Nursing de l'université de McGill. Après des recherches et une réflexion sur le rôle que devraient remplir les infirmières, Gottlieb développe la philosophie de l'approche des soins fondés sur les forces (ASFF). En 2014, elle fonde l'International Institute for Strengths-Based Nursing and Health Care. Elle propose une approche sur la pratique, le leadership, la gestion et l'éducation afin que les infirmières puissent remplir leur rôle dans le domaine du social et de la santé. Les soins infirmiers axés sur les forces élargissent et conceptualisent certains éléments du modèle de McGill, ce qui donne lieu à une vision plus transformative des soins infirmiers individuels et familiaux (McGill Ingram School of Nursing, 2019).

3.1. Approche des soins infirmiers fondés sur les forces

3.1.1. Hiérarchie des connaissances

La hiérarchie des connaissances infirmières se compose de métaparadigmes infirmiers, de philosophies, de modèles conceptuels, de théories et d'indicateurs empiriques (Fawcett & Desanto-Madeya, 2012). La philosophie, dont fait partie l'ASFF, se situe entre les métaparadigmes infirmiers et les modèles conceptuels. Elle a un haut niveau d'abstraction. L'auteur définit très bien le but des soins infirmiers, dans sa philosophie, qui est d'aider la personne/famille à rester en santé tout en composant avec leurs problèmes et favoriser ainsi leur rétablissement (Gottlieb & Gottlieb, 2014).

3.1.2. Paradigme

D'après Pépin, Kérouac et Ducharme (2017), le paradigme est :

... un cadre conceptuel général reflétant un ensemble de croyances, de valeurs reconnues par une communauté ... et admises comme étant communes à tous les individus dans le groupe. Cet ensemble de croyances ... donne au groupe (ou discipline) la possibilité d'identifier, de structurer, d'interpréter et de solutionner des problèmes disciplinaires et particuliers (p.29-30).

Le modèle de Laurie N. Gottlieb s'inscrit dans le paradigme de la transformation qui signifie "être avec la personne". Ce paradigme met l'accent sur le potentiel des personnes, des ressources, des compétences adaptatives et de l'environnement.

3.1.3. École de pensée

Les conceptions de la discipline infirmière sont regroupées en écoles de pensées selon les concepts clés, les bases philosophiques et scientifiques des théories (Pépin et al., 2017). L'ASFF appartient à l'école de l'apprentissage de la santé, dont l'objectif est de répondre à la question : "Que font les infirmières ?". Le partenariat de collaboration est l'élément central à l'apprentissage de la santé (Pépin, Kérouac & Ducharme, 2010, p.63).

3.1.4 Métaconcepts intégrant les postulats de la théorie

Les quatre métaconcepts sont : la personne, la santé, le soin et l'environnement. Ces quatre concepts centraux sont décrits de manière différente selon les théoriciens/ennes. Ils sont fondamentaux car ils guident la pratique infirmière (Fawcett & DeSanto-Madeya, 201). Ci-dessous, les métaconcepts d'après Gottlieb et Gottlieb (2014) :

3.1.4.1. Personne

La personne est décrite par Gottlieb et Gottlieb (2014) comme unique, ayant la capacité de croître, se transformer et s'autoguérir. La personne est définie, dans ce travail, comme une famille composée de parent/s - enfant/s. Le fait de considérer la famille comme unique est important afin d'avoir un regard nouveau pour chaque rencontre et, ainsi, éviter des préjugés en lien avec la psychiatrie. L'une des valeurs de l'ASFF est l'unicité qui définit la spécialité de la personne, de la famille ou de l'organisation. Le caractère unique des personnes ou familles se reflète dans leurs atouts, leurs ressources, leurs capacités, leurs compétences, leurs potentiels, leurs aptitudes et leurs talents, c'est-à-dire dans leurs forces (Gottlieb & Gottlieb, 2017).

3.1.4.2. Santé

Les forces font partie de chaque individu et l'aident à : "s'adapter à son environnement et à composer avec une vaste gamme de problèmes de santé". C'est en ce sens que la famille touchée par la maladie mentale devra évoluer. Effectivement, elle aspire "à une meilleure santé et à la guérison et ils sont motivés par elles" (p.68). En psychiatrie, les "life motifs" sont fondamentaux pour évoluer vers un bien-être souvent peu perçu dans les moments critiques. L'ASFF prend en compte les faiblesses et les souffrances de la personne. De plus, la santé et la guérison sont une question d'intégrité.

Tout d'abord, la santé, c'est devenir, en développant des capacités, des ressources et des habiletés afin de maximiser le fonctionnement, l'adaptabilité et la souplesse nécessaire pour relever les défis. Ensuite, guérir, c'est réparer, renouveler, restaurer et atteindre de nouveaux niveaux d'intégrité. Pour finir, l'apprentissage est nécessaire à la survie, au changement, à la croissance et implique l'acquisition de connaissances et de compétences. La préparation est une condition préalable à l'apprentissage, le temps implique la coordination des actions pour obtenir les meilleurs résultats (Gottlieb & Gottlieb, 2017).

3.1.4.3. Soin

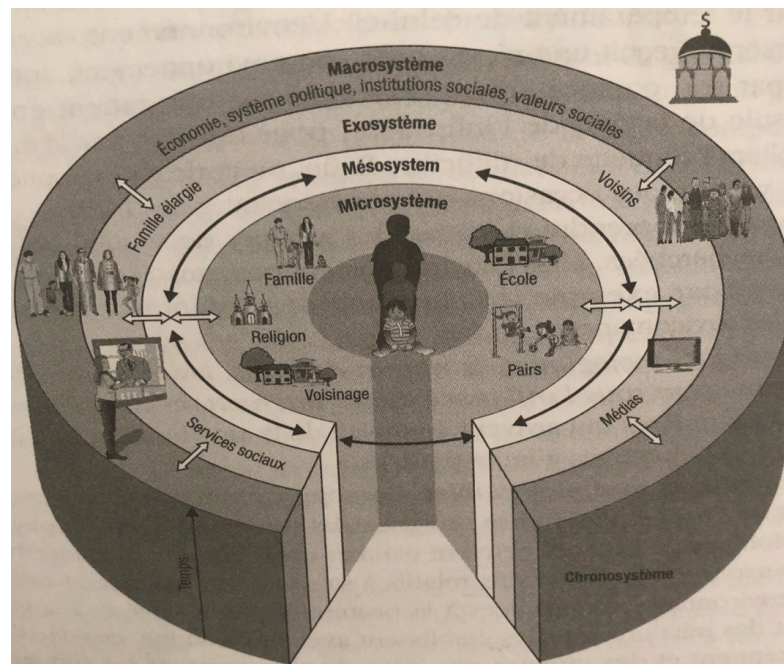
Les soins infirmiers sont une ressource, le soignant est présent et soutenant pour la prospérité de tous. Ils seront le moteur qui favorise la découverte d'un équilibre afin que la famille puisse rester en santé ou se rétablir. Plus précisément, que la dynamique familiale trouve un équilibre à la prospérité et au bien-être de tous. Le partenariat collaboratif est la clé pour que l'infirmière puisse accompagner la personne. C'est une question de pouvoir ; comment elle est distribuée et partagée pour donner à la personne/famille/organisation une voix qui lui permette d'atteindre ses objectifs, sa vision (Gottlieb & Gottlieb, 2017).

3.1.4.4. Environnement

L'environnement, d'après Gottlieb et Gottlieb (2014), comporte de fortes énergies qui opèrent sur les forces ou sur des déficits distincts qui définiront la manière dont un individu survit, grandit ou succombe dans un environnement donné. Le soignant, présent et intervenant, fait partie de l'environnement de la famille et contribue à favoriser la guérison par la stabilité de celui-ci. Les environnements contribuent aux forces et aux déficits selon leur nature. Plus ceux-ci seront favorables, plus les forces pourront être utilisées. La personne ou famille et environnement ne font qu'un. Les personnes/familles/organisations se situent dans de nombreux environnements : physique (espace, temps), relationnel (connexions), social (politique, économique). La personne/famille/organisation influencent et sont influencées par leurs différents environnements. La famille peut être à la fois la personne et l'environnement selon le contexte et les circonstances.

La personne, la famille et les organisations influencent et sont influencés par leur environnement propre comme le montre dans le schéma ci-dessous construit selon le modèle écosystémique de Bronfenbrenner (figure 2).

Figure 2. Modèle écosystémique adapté de Bronfenbrenner (1979)



Tiré de : Gottlieb et Gottlieb, 2014

3.1.5. Forces

Il est important pour Gottlieb et Gottlieb (2014) de définir les forces et leurs caractéristiques car elles n'ont pas la même définition pour tous les individus. Afin de pouvoir les identifier et travailler avec, les infirmiers se doivent de pouvoir les interpréter de façon identique. Trois tableaux précieux, non exhaustifs, pourraient être une ressource considérable pour un soignant afin de l'aider à identifier les forces de la personne/famille/organisation avec laquelle il travaille. Ces forces sont interreliées et elles agissent de concert. Voir Annexes II, III et IV.

3.1.6. Modèle d'intervention familiale et rôle infirmier

Gottlieb et Gottlieb (2014), affirment que :

L'ASFF prône que l'infirmière suive un processus qui lui permet de découvrir les préoccupations de la personne, de faire connaissance avec le patient et les membres de sa famille en tant qu'individus et de découvrir leurs forces pour planifier et mener à bien ses soins (p.349).

D'après Gottlieb et Gottlieb (2014), le processus se compose de quatre phases :

1. “**Explorer et faire connaissance**”, il s’agit de recueillir les informations et les préoccupations du patient, client ou de la famille. De plus, c’est le moment de faire connaissance et créer un lien de confiance qui sera entretenu tout au long du processus. Cette phase permet de découvrir les forces.
2. “**Focaliser**”, permet d’établir des buts précis, atteignables et les prioriser. Dans un premier temps, l’infirmière doit comprendre les souhaits et les résultats attendus par la personne ou famille. Dans un deuxième temps, les parties décident ensemble des actions ou solutions, reliées aux forces, à mettre en place.
3. “ **Exécuter**”, est la réalisation des actions du plan établi. Il faut ajuster les défis et les solutions, qui vont par paires. Un bon équilibre entre ces deux aspects mène à de meilleurs résultats.
4. “**Réviser**”, c’est prendre du recul sur la situation. L’infirmière et la personne ou famille peuvent percevoir les objectifs qui restent à atteindre, ce qui est acquis et ce qui reste à apprendre. Si les objectifs sont atteints Gottlieb et Gottlieb (2014), renvoient à la phase “focaliser”, s’ils ne le sont pas, ils renvoient à la phase “explorer “.

3.2. Choix du modèle

La théorie sur “les soins infirmiers fondés sur les forces : la santé et la guérison de la personne et de la famille” semble la plus appropriée pour ce travail. En effet, L’ASFF priorise ce qui fonctionne en relation avec les préoccupations de la vie de la personne. L’individu, ici la famille composée des parents et des enfants, est prise dans sa globalité, sous l’influence de l’approche systémique, au sein de sa réalité. C’est grâce à cela et au soutien/renforcement de la capacité à faire face, que proposent Gottlieb et Gottlieb (2014), qu’un accompagnement de qualité pourra être effectué (p.25).

4. MÉTHODOLOGIE

Ci-dessous, est détaillée, la méthodologie utilisée qui permet d'obtenir la sélection d'articles nécessaires pour l'élaboration d'une réponse à la question de recherche.

4.1. Sources d'information et stratégie de recherche documentaire

4.1.1. Identification des éléments pertinents

La question initiale de cette revue de littérature est : *Quelles interventions infirmières centrées sur les forces permettent d'accompagner une famille dont un parent est atteint d'un trouble psychiatrique sévère afin de soutenir le développement de l'enfant?*

Après avoir formulé notre question de recherche de manière précise, nous avons identifié les éléments pertinents de celle-ci en répondant notamment aux questions suivantes :

- Qui/Quoi : famille dont un parent est atteint d'un trouble psychiatrique sévère
- Pourquoi : soutenir le développement de l'enfant
- Comment : interventions infirmières centrées sur les forces
- Comparé à : non applicable

En décomposant notre question de recherche en plusieurs éléments, celle-ci nous a permis de mettre en évidence les principaux concepts de notre sujet.

4.1.2. Méthode PICOT

Nous avons ensuite, utilisé la méthode PICOT. Celle-ci nous a aidé à définir l'ensemble des mots-clés de notre problématique qui nous servent, par la suite, à la formulation des équations de recherche.

Tableau 3. PICOT

P	I	C	O	T
Population	Intervention	Contexte	Outcomes	Temporalité
famille	soins infirmiers axés sur la famille	maladie mentale parentale	développement de l'enfant	non applicable

4.1.3. Mots clés / MeSH Terms / Descripteurs CINHAL

Etant donné que la plupart des bases de données sont en anglais, nous avons dû traduire les mots-clés obtenus à partir de notre PICOT. Pour cela, nous avons utilisé la plateforme Health Terminology/Ontology Portal [HeTop]. Celle-ci nous a permis de transformer nos mots-clés en MeSH Terms (Medical Subject Headings). Le tableau présenté ci-dessous synthétise la démarche effectuée :

Tableau 4. MeSH Terms

Mots clés	MeSH Terms	Descripteurs CINHAL
famille	family	family
soins infirmiers auprès des familles	family nursing	family nursing family interventions family centered care family centered nursing support for families
parents atteints de troubles mentaux	mental disorders	parental mental illness mentally ill parents parents with mental illness
développement de l'enfant	child development	child development

4.1.4. Equations de recherche des articles sélectionnés

A partir des MeSH Terms, nous avons construit différentes équations de recherche documentaires. Les articles scientifiques retenus pour cette revue de la littérature sont issus principalement du moteur de recherche CINAHL dont les principaux domaines couverts sont les sciences infirmières, les sciences de la santé et les sciences paramédicales. Les recherches d'articles ont été effectuées entre décembre 2018 et juin 2019.

Tableau 5. Équations de recherche sur CINAHL

Equation de recherche	Base de donnée et date de recherche	Nombres d'articles au total	Filtres - critères d'inclusion	Nombres d'articles restants	Nombres d'articles retenus
support for families AND parental mental illness	CINAHL 05.06.19	140	Published Date : 01.01.2013 - 31.12.2019 Language : english	73	4 (articles 1 à 4)
support for families AND mentally ill parents OR parental mental illness	CINAHL 12.06.19	689	Published Date: 01.01.2016 - 31.12.2019 Major Heading : adult children Language : english	7	1 (article 5)
support for families AND parents with mental illness OR parental mental illness	CINAHL 12.06.19	878	Published Date: 01.01.2016 - 31.12.2019 Major Heading : parental attitudes Language : english	30	1 (article 6)
2 (articles 7 et 8) externes à la base de données					

4.1.5. Articles retenus pour cette revue de littérature

Ci-dessous, la liste des articles sélectionnés grâce aux démarches expliquées précédemment :

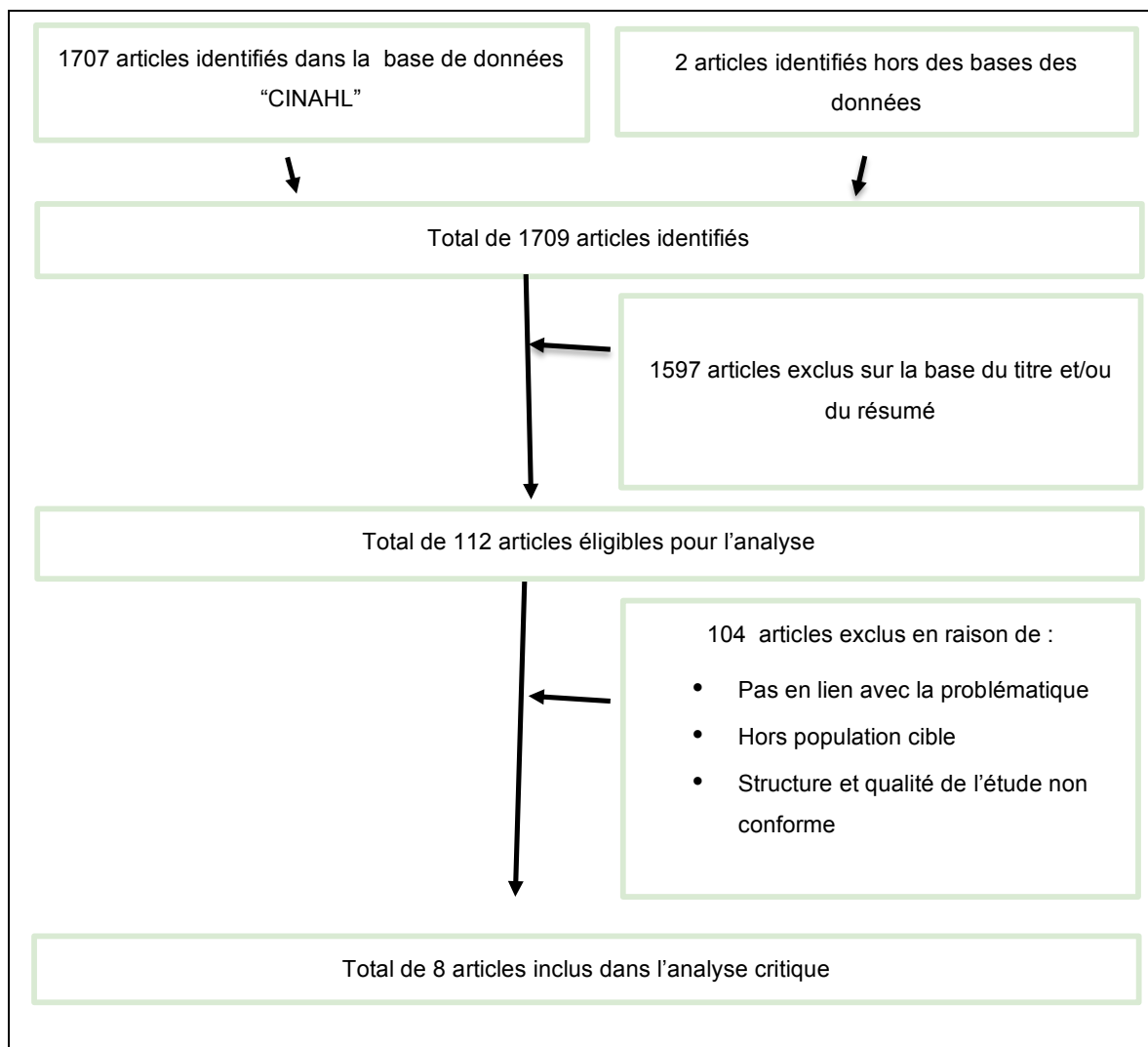
Tableau 6. Références des articles retenus

1	Afzelius, M., Plantin, L. & Östman, M. (2018). Families living with parental mental illness and their experiences of family interventions. <i>Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing</i> , 25(2), 69- 77. https://doi.org/10.1111/jpm.12433
2	Backer, C., Murphy, R., Fox, J. R. E., Ulph, F. & Calam, R. (2017). Young children's experiences of living with a parent with bipolar disorder: Understanding the child's perspective. <i>Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice</i> , 90(2), 212- 228. https://doi.org/10.1111/papt.12099
3	Tabak, I., Zablocka- Żytka, L., Ryan, P., Poma, S. Z., Joronen, K., Viganò, G., ... Dawson, I. (2016). Needs, expectations and consequences for children growing up in a family where the parent has a mental illness. <i>International Journal of Mental Health Nursing</i> , 25(4), 319- 329. https://doi.org/10.1111/inm.12194
4	Van der Ende, P. C. , Van Busschbach, J. T., Nicholson, J., Korevaar, E. L. & Weeghel, J. van. (2016). Strategies for parenting by mothers and fathers with a mental illness. <i>Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing</i> , 23(2), 86- 97. https://doi.org/10.1111/jpm.12283
5	Murphy, G., Peters, K., Wilkes, L. M. & Jackson, D. (2016). Adult Children of Parents with Mental Illness: Losing Oneself. Who am I? <i>Issues in Mental Health Nursing</i> , 37(9), 668- 673. https://doi.org/10.1080/01612840.2016.1178359
6	Wolpert, M., Hoffman, J., Martin, A., Fagin, L. & Cooklin, A. (2015). An exploration of the experience of attending the Kidstime programme for children with parents with enduring mental health issues: Parents' and young people's views. <i>Clinical Child Psychology and Psychiatry</i> , 20(3), 406- 418. https://doi.org/10.1177/1359104514520759
7	Phelan, R. F., Howe, D. J., Cashman, E. L. & Batchelor, S. H. (2012). Enhancing parenting skills for parents with mental illness: the Mental Health Positive Parenting Program. <i>The Medical Journal of Australia</i> , 199(3), S30-33. doi: 10.5694/mjao.11.11181
8	Gantriis, D. L., Thorup, A. A. E., Harder, S., Greve, A. N., Henriksen, M. T., Zahle, K. K., ... Bliksted, V. (2019). Home visits in the Danish High Risk and Resilience Study – VIA 7 Assessment of the home environment of 508 7- year- old children born to parents diagnosed with schizophrenia or bipolar disorder. <i>Acta Psychiatrica Scandinavica</i> . https://doi.org/10.1111/acps.13057

4.2. Diagramme de flux

Après avoir suivi la démarche méthodologique développée précédemment, huit articles ont été obtenus pour l'analyse critique. Le processus d'identification des articles est fourni dans le diagramme de flux présenté dans la Figure 3. Celui-ci présente schématiquement l'ensemble des étapes parcourues pour obtenir la sélection d'articles nécessaires à cette revue de littérature.

Figure 3. Diagramme de flux décrivant le processus d'identification des articles



5. RÉSULTATS

Après avoir effectué toutes les recherches d'articles nécessaires, huit articles ont été retenus pour leur pertinence afin de répondre à notre question de recherche. Ces articles sont récents puisqu'ils ont été publiés entre 2012 et 2019, en anglais. Parmi les huit études retenues, six ont été menées en Europe notamment dans des pays comme la Suède, le Danemark, le Royaume-Uni et les Pays-Bas dont l'une a été réalisée à grande échelle (Angleterre, Finlande, Allemagne, Italie, Norvège, Pologne, Ecosse) ; deux autres ont été conduites en Australie.

D'autre part, cinq études utilisent un devis qualitatif qui permet de répondre de manière adéquate à la question de recherche et trois sont quantitatives. En effet, la méthode qualitative permet de récolter des données sur la perception et le vécu des participants.

5.1. Tableaux comparatifs

Ci-dessous, sont présentés les tableaux comparatifs des articles retenus pour l'analyse critique. Ces tableaux exposent les méthodes, les résultats, les limites et les recommandations de chaque étude.

Tableau 7. Tableaux comparatifs des études retenues pour l'analyse critique

1) Families living with parental mental illness and their experiences of family interventions

Afezelius, M., Plantin, L. & Östman, M. (2018). Skane, région sud de la Suède

Devis [1] et Objectif [2]	Population [3]	Méthode [4] / Intervention [5]	Résultats [6]	Limites et Recommandations [7]
<p>Type d'étude</p> <p>Étude qualitative exploratoire</p> <hr/> <p>But de l'étude</p> <p>Explorer comment les familles dans lesquelles un parent est diagnostiqué d'une maladie mentale et soutenu par des interventions familiales vivent leur situation.</p> <p>Examiner le soutien fourni par les interventions familiales et la façon dont les membres de la famille ressentent ce soutien.</p>	<p>Population</p> <p>N = 5 familles 15 personnes au total 9 adultes (5 femmes et 4 hommes) 6 enfants âgés entre 10 et 12 ans (4 filles et 2 garçons)</p> <hr/> <p>Critères d'inclusion</p> <p>Patients atteints d'une maladie mentale diagnostiquée, ayant des enfants âgés de 10 à 18 ans et qui ont participé à une intervention familiale.</p> <hr/> <p>Recrutement des participants</p> <p>Réalisé à travers dix sites, tous des services de psychiatrie ambulatoire.</p>	<p>Méthode</p> <p>Données récoltées entre mai 2013 et décembre 2015 Interviews semi-structurées enregistrées et retranscrites textuellement Au total : 4 entretiens familiaux d'une durée de 30 à 60 minutes et 13 entretiens individuels d'une durée de 10 à 60 minutes Tous les entretiens sauf trois ont eu lieu au domicile des participants. Les autres ont eu lieu à l'unité de consultation externe.</p> <hr/> <p><u>5 Questions ouvertes posées lors des entretiens familiaux</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Quelle était la situation au sein de la famille quand une intervention familiale a été proposée ? - Quand avez-vous reçu l'invitation et comment votre famille a-t-elle réagi à la proposition ? - Comment avez-vous trouvé l'intervention familiale ? - Avez-vous discuté de l'intervention familiale à la maison ? - Comment ça se passe maintenant dans la famille ? <hr/> <p><u>3 Questions ouvertes posées lors des entretiens individuels</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Comment trouvez-vous qu'il vit dans cette famille? - Comment avez-vous réagi aux réunions de famille? - Comment va votre famille maintenant? 	<p>Le thème principal de l'étude est : Essayer de mener une vie ordinaire.</p> <p>A partir de ce thème, 5 sous-thèmes ressortent de l'étude :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utiliser des stratégies pour maintenir une vie ordinaire • S'adapter aux besoins du parent malade • Souci des besoins de l'enfant et recherche de soutien • Equilibrer sa propre vie et les exigences de la santé mentale du parent malade • Le partenaire dans l'ombre de la maladie mentale 	<p>Limites</p> <p>L'échantillon est très faible avec seulement 5 familles participant à l'étude. Les familles ont été recrutées par le biais des services psychiatriques alors que l'intention initiale était de recueillir des participants des services psychiatriques et des services d'aide sociale à l'enfance. Les familles ne sont pas homogènes, car leur composition familiale varie. Les auteurs n'ont pas réussi à interroger des enfants de plus de 12 ans.</p> <hr/> <p>Recommandations</p> <p>Les services psychiatriques pourraient, en établissant des relations précieuses et confiantes entre le patient et le professionnel, initier plus régulièrement à un soutien et proposer des interventions familiales prenant en compte les besoins de tous les membres de la famille. Cela peut être réalisé en offrant une variété de soutien, y compris des réunions de famille, des groupes de soutien pour enfants et parents, ainsi qu'un soutien parental individuel.</p>

2) Young children's experiences of living with a parent with bipolar disorder: Understanding the child's perspective

Backer, C., Murphy, R., Fox, J. R. E., Ulph, F. & Calam, R. ; 2017 ; Angleterre du Nord / Centre

Devis [1] et Objectif [2]	Population [3]	Méthode [4] / Intervention [5]	Résultats [6]	Limites et Recommandations [7]
<p>Type de l'étude</p> <p>Phénoménologique avec une approche qualitative ; il s'agit d'une étude observationnelle descriptive non expérimentale.</p> <hr/> <p>But de l'étude</p> <p>L'objectif de cette étude est d'explorer l'expérience positive ou négative, vécue par les enfants de 4 à 12 ans ayant un parent atteint de troubles bipolaires en donnant la parole aux jeunes enfants grâce à l'outil IMS (In My Shoes). Et comprendre, par ce biais, quel impact cela a-t-il sur leur vie émotionnelle et développementale.</p> <hr/> <p>Question de recherche</p> <p>Comment les enfants dont un parent est atteint par un TB (trouble bipolaire) ont-ils une expérience de vie familiale et quel est l'impact sur leur bien-être émotionnel?</p>	<p>Population</p> <p>Un échantillonnage par choix raisonné a été utilisé pour recruter 8 parents atteints de TB au travers d'une organisation britannique de personnes atteintes de TB au moyen d'une annonce de recherche dans une publication trimestrielle distribuée aux membres du groupe. 6 parents ont donné leur accord, ce qui a permis de recruter 10 enfants de 4 à 10 ans (N=10). L'assentiment des enfants et le consentement des parents étaient requis pour la participation.</p> <hr/> <p>Critères inclusion des enfants participants</p> <p>Etre âgé de 4 à 12 ans et vivre avec des parents malades ou être régulièrement pris en charge par ceux-ci.</p>	<p>Méthode (méthodologie qualitative)</p> <p><u>Outil</u> : La recherche a utilisé IMS, un entretien semi-structuré assisté par ordinateur pour communiquer avec les enfants et des adultes vulnérables. IMS n'a pas de "guide d'entrevue" mais fournit à l'enfant des supports visuels et verbaux qu'il peut choisir pour identifier des membres de la famille et les émotions ressenties. En pratique, l'interviewer demande à l'enfant de penser à un moment où il a ressenti une émotion particulière et qui était avec lui ; l'enfant peut alors choisir une bulle de pensée ou d'expression. L'interviewer ajoute au processus des questions ouvertes pour permettre à l'enfant d'exprimer son point de vue sur ses expériences</p> <p><u>Entretien</u> : La première rencontre se fait avec les parents pour que les auteurs procèdent à certaines déterminations telles que le savoir de l'enfant quant à la maladie du parent, la terminologie utilisée par la famille et préciser que l'enfant n'a pas besoin de connaître le diagnostic. Tous les entretiens ont lieu au domicile familial et ont duré entre 20 et 80 minutes. L'enfant pouvait se retirer à tout moment. Tous les enfants ont été interrogés par le chercheur principal, utilisateur IMS formé et enregistré.</p>	<p>Thèmes et sous-thèmes des résultats (suite à une analyse thématique des données) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● La perception des parents par les enfants <ul style="list-style-type: none"> - Parent malade / parent bien ● Connaissances et sensibilisation des enfants au TB <ul style="list-style-type: none"> - Communication sur la maladie ● Gérer la vie familiale avec un parent "bipolaire" <ul style="list-style-type: none"> - Effets émotionnels (et/ou comportementaux) sur l'enfant ● Vivre dans une famille avec un TB <ul style="list-style-type: none"> - Activités et sorties en famille - Passer du temps de qualité - Expériences positives et négatives <hr/> <p>Thèmes et sous-thèmes de la discussion :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● La parentalisation (2 types = instrumentale et émotionnelle) <ul style="list-style-type: none"> - Indépendance et responsabilités ● Sources de soutien <ul style="list-style-type: none"> - Parents "bien" - Grands-parents/famille élargie - Amis/meilleurs amis - Animaux de compagnie ● Évitement et adaptation <ul style="list-style-type: none"> - Chambre pour jouer, partir pour être seul - Visite amis ou proches - Loisirs/sources de divertissement ● École 	<p>Limites</p> <p>L'utilisation de la technologie et de l'informatique peut améliorer la communication, cette zone nécessite une exploration plus poussée. Les familles recrutées étaient biaisées par le sexe et l'origine ethnique ; le recrutement via un groupe d'utilisateurs peut avoir influencé les résultats. L'échantillonnage était basé sur une auto-déclaration du diagnostic (susceptible d'être inexact). La majorité des parents ont fait des études universitaires, ce qui pourrait influencer la sophistication des informations données par les enfants. L'inclusion d'enfants ayant des difficultés de compréhension sociale et émotionnelle et l'interview d'enfant de la même famille peuvent aussi être des facteurs influençant les résultats.</p> <hr/> <p>Recommandations</p> <p>La recherche sur la perspective des enfants éclaire les voix d'un groupe jusque là négligé, en soulignant l'importance de la communication et de la compréhension. Ce n'est que par leur inclusion dans le processus que les spécialistes pourront identifier les difficultés et les vulnérabilités potentielles des enfants et faciliter le développement d'interventions et de mesures de soutien adaptées à leurs besoins particuliers.</p>

3) Needs expectations and consequences for children growing up in family where the parent has a mental illness

Tabak, I., Zablocka-Żytka, L., Ryan, P., Poma, S. Z., Joronen, K., Viganò, G., ... Dawson, I. (2016). Pologne

Devis [1] et Objectif [2]	Population [3]	Méthode [4] / Intervention [5]	Résultats [6]	Limites et Recommandations [7]
<p>Type de l'étude</p> <p>Étude qualitative</p> <hr/> <p>But de l'étude</p> <p>Examiner les perceptions et les expériences des différents intervenants concernant les conséquences de vivre avec un parent ayant des problèmes de santé mentale.</p>	<p>Population</p> <p>N= 96</p> <hr/> <p>Critères d'inclusion</p> <p>Professionnels de la santé et des services sociaux Enfants et partenaires d'une personne atteinte d'une maladie mentale Parents ayant souffert d'une maladie mentale au cours de leur vie de parent (mais qui sont maintenant en convalescence en termes d'humeur stabilisée ou d'autres symptômes)</p> <hr/> <p>Recrutement des participants</p> <p>Les participants ont été recrutés dans quatre lieux différents.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Centres de services de santé 2. Centres d'enseignement universitaires 3. Centres de protection sociale 4. Organismes non gouvernementaux 	<p>Méthode</p> <p>Données récoltées entre mai et juillet 2013 Recherche menée dans 7 pays européens : Angleterre, Finlande, Allemagne, Italie, Norvège, Pologne et Ecosse. Dans chaque pays : 1 à 4 groupes de discussion ou des entrevues individuelles 18 groupes de 2 à 11 participants et deux entrevues individuelles. Entretiens enregistrés et retranscrits mot à mot Entretiens menés dans des centres de services de santé, de protection social ou à l'université (Finlande) Les discussions se sont déroulées dans les langues nationales des participants. Un guide thématique a été utilisé pour encourager la discussion sur les problèmes particuliers des familles confrontées à la maladie mentale parentale et sur les forces et faiblesses des services existants.</p> <hr/> <p><u>Les questions posées aux participants</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Quelles sont les principales conséquences pour les enfants de parents atteints de maladie mentale ? Ou quelles sont vos expériences les plus significatives lorsque vous vivez avec une personne atteinte de maladie mentale ou en tant que parent atteint de maladie mentale ? - Quels sont les principaux besoins et attentes des enfants ? 	<p>Les principaux thèmes et sous-thèmes de l'étude sont les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conséquences pour l'enfant <ul style="list-style-type: none"> - Problèmes émotionnels • Manque d'attention parentale <ul style="list-style-type: none"> - Rôles inadéquats - Problèmes comportementaux - Stigmatisation • Besoins de l'enfant • Besoin d'un support émotionnel • Besoin de sécurité • Besoin des services pour les enfants <ul style="list-style-type: none"> - Informations sur la maladie et sur les services - Soins et aide multidisciplinaire - Soutien et assistance scolaire 	<p>Limites</p> <p>La limite de la présente étude est le nombre relativement plus restreint des groupes de discussion menés auprès d'enfants adultes et de partenaires de parents atteints de maladie mentale comparativement aux groupes de discussion menés uniquement auprès d'enfants adultes.</p> <p>L'étude montre un manque d'informations concernant l'épidémiologie, les interventions ainsi que l'expérience des enfants ayant des parents atteints de maladie mentale.</p> <hr/> <p>Recommandations</p> <p>Les professionnels qui travaillent avec des parents atteints d'une maladie mentale devraient être sensibilisés aux conséquences spécifiques pour les enfants éprouvés par des problèmes de santé mentale dans la famille. Les écoles sont bien placées pour aider les familles et devraient fournir des conseils, développer les relations avec les pairs, coopérer avec toute la famille et informer le personnel et les étudiants sur les problèmes de santé mentale afin de réduire la stigmatisation.</p>

4) Strategies for parenting by mothers and fathers with a mental illness.

Van Der Ende, P. C., Van der Busschbach, J. T., Van Nicholson, J., Korevaar, E. L. & Weeghel, J. Van. (2016). Pays-Bas

Devis [1] et Objectif [2]	Population [3]	Méthode [4] / Intervention [5]	Résultats [6]	Limites et Recommandations [7]
<p>Type de l'étude</p> <p>Etude qualitative</p> <hr/> <p>But de l'étude</p> <p>Acquérir des connaissances approfondies sur les défis, les forces et les stratégies des personnes atteintes de maladie mentale qui ont des objectifs et des tâches parentales, ainsi que sur la signification du rôle parental dans leur processus de rétablissement.</p> <hr/> <p>Question de recherche</p> <p>Quelles sont les stratégies des mères et des pères atteints d'une maladie mentale afin d'élever leurs enfants avec succès et satisfaction ?</p>	<p>Population</p> <p>(n=27) : 19 mères et 8 pères. Les participants sont âgés de 19 à 59 ans.</p> <hr/> <p>Critères d'inclusion</p> <p>Avoir un diagnostic psychiatrique Avoir au moins un enfant de moins de 21 ans Être capable d'exprimer verbalement leurs sentiments concernant la parentalité</p> <hr/> <p>Recrutement des participants via trois sources</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Les enseignants du programme Expert by Experience (des personnes ayant eu une expérience comme bénéficiaires des services de santé mentale qui se forment pour accompagner d'autres individus ayant un trouble de santé mental) ont demandé à des étudiants adultes ayant des enfants de participer à l'étude. 2. Des bénéficiaires du réseau professionnel. 3. Des parents extérieurs au réseau qui se sont portés volontaires. 	<p>Méthode</p> <p>Seul l'intervieweuse et le participant étaient présents durant l'entretien. Celui-ci a duré une heure et demi.</p> <hr/> <p><u>L'endroit des entretiens choisi par les parents</u></p> <p>Deux entretiens ont eu lieu au travail d'un parent. Trois entretiens dans un hôpital psychiatrique. Les autres entretiens ont été effectués à la maison.</p> <hr/> <p><u>Les questions posées durant les entretiens</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Que signifie pour vous la parentalité ? • Quels sont les effets de votre maladie mentale sur la parentalité ? • Quelles stratégies utilisez-vous pour surmonter vos handicaps ? <p>Le premier auteur a procédé à une relecture minutieuse pour rechercher des nouveaux concepts. A l'aide d'Atlas-TI (logiciel d'analyse des données qualitatives), un codage sélectif a été effectué pour ressortir des thèmes à partir des données (21 thèmes).</p>	<p>Les principaux thèmes et sous-thèmes de l'étude sont les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Effets de la maladie mentale sur la parentalité - mères <ul style="list-style-type: none"> - Effets négatifs de la maladie mentale - Expérience de transfert de problèmes à leurs enfants - Expérience des avantages d'avoir des enfants • Effets de la maladie mentale sur la parentalité - pères <ul style="list-style-type: none"> - Les pères à distance - Autonomisation des pères - Changement de rôle avec la mère • Stratégies pour un rôle parental réussi <ul style="list-style-type: none"> - Plein de dévouement envers le rôle parental - Trouver un équilibre sur l'éducation des enfants et le temps pour soi - Demander une aide 	<p>Limites</p> <p>L'importance accordée aux aspects positifs du rôle parental pourrait être une conséquence du fait que les auteurs ont recruté des parents actifs qui réussissent leur rôle parental afin d'effectuer des entretiens. Ils étaient disposés à parler et à s'exprimer sur la parentalité. Il s'agit d'une décision de recherche importante, car l'objectif était de faire la lumière sur les stratégies menant à des résultats positifs pour les parents ainsi que pour les enfants.</p> <p>Les entrevues ont été menées uniquement auprès des parents. Aucun enfant, professionnel ou partenaire n'a été interviewé.</p> <p>Le nombre de participants a été fixé à 25-30 personnes compte tenu des contraintes, du temps et du budget.</p> <p>Les auteurs ne prétendent pas avoir atteint la saturation des sujets et des thèmes identifiés.</p> <hr/> <p>Recommandations pour la pratique</p> <p>Les mères et les pères peuvent être guidés sur des interventions fournies par les infirmières, pour leur rôle parental.</p> <p>Vu que les auteurs ne prétendent pas avoir atteint la saturation des sujets, ils recommandent de poursuivre la recherche de ces sujets.</p>

5) Adult Children of Parents with Mental Illness : Losing Oneself. Who am I?

Murphy, G., Peters. K., Lesley, M., Jackson, D. & Jackson, W. (2016). Région métropolitaine d'Australie

Devis [1] et Objectif [2]	Population [3]	Méthode [4] / Intervention [5]	Résultats [6]	Limites et Recommandations [7]
<p>Type de l'étude</p> <p>Étude qualitative</p> <hr/> <p>But de l'étude</p> <p>Une meilleure compréhension de la perception d'un enfant adulte, ayant vécu avec une maladie mentale parentale, pourrait aider les professionnels de la santé ainsi que les services sociaux à améliorer la résilience des familles vivant avec un trouble psychiatrique.</p>	<p>Population</p> <p>N=13 participants → 10 femmes et trois hommes, âgés de 30 à 78 ans.</p> <hr/> <p>Critères d'inclusion</p> <p>Avoir plus de 18 ans Avoir un parent dont un diagnostic de maladie mentale a été posé. Être parent avec ou sans contact envers leurs enfants. Parler anglais Ne pas avoir de maladie mentale</p>	<p>Méthode</p> <p>En accord avec le comité d'éthique, les médias ont publié des informations sur l'étude par le biais de journaux ou de la radio invitant les participants à prendre contact avec le chercheur.</p> <p>Les enfants adultes ont été invités à participer à l'étude et à réaliser un scénario sur le fait d'être parent d'un parent atteint d'une maladie mentale.</p> <p>Les participants se sont rencontrés dans des salles.</p> <p>Au cours de la réunion, les participants ont été interrogés avec deux questions :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quelles ont été vos expériences parentales avec un parent atteint de maladie mentale ? - Quelles sont vos propres expériences parentales ? <p>Les participants ont construit leurs propres perceptions avec des interventions mineurs et limités de la part du chercheur pour élargir ou clarifier davantage les informations.</p> <p>Toutes les réunions des chercheurs et des participants ont été enregistrées et retranscrites par des professionnels.</p>	<p>Les principaux thèmes de l'étude sont les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les perceptions parentales des adultes qui ont vécu une maladie mentale parentale pendant leur enfance • La perte d'identité chez les enfants devenus adultes qui ont eu un parent atteint d'une maladie mentale • Les expériences vécues de la peur, de la méfiance, des préjugés et des secrets par les enfants adultes • L'isolement familial et social • La parentalisation • Le manque de soutien (ressources) 	<p>Limites</p> <p>Les auteurs n'ont pas mis en évidence les limites de leur étude.</p> <hr/> <p>Recommandation</p> <p>Reconceptualiser les expériences des enfants adultes comme un concept de perte et de deuil aidera les professionnels de la santé à mieux répondre aux besoins de la famille (enfants-parents) qui sont confrontés à maladie mentale parentale.</p>

6) An exploration of the experience of attending the Kidstime programme for children with parents with enduring mental health issues: Parents' and young people's views

Wolpert, M., Hoffman, J., Martin, A., Fagin, L. & Cooklin, A. (2015). Londres

Devis [1] et Objectif [2]	Population [3]	Méthode [4] / Intervention [5]	Résultats [6]	Limites et Recommandations [7]
<p>Type d'étude</p> <p>Étude qualitative phénoménologique, non expérimentale.</p> <hr/> <p>But de l'étude</p> <p>Étudier l'expérience des ateliers "kidstime" du point de vue des jeunes utilisateurs de service, leurs parents et les professionnels impliqués ; en identifiant les points à améliorer. Cette évaluation vise à fournir une base afin d'aider à affiner et à mettre au point le programme qui soutiendrait un lancement national.</p> <hr/> <p>Objectif du programme</p> <p>"kidstime" a pour objectif général de réduire le risque que des enfants de parents atteints de maladie mentale développent des difficultés émotionnelles plus tard dans leur vie. Plus précisément :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aider les enfants et les jeunes à obtenir des explications compréhensibles sur la maladie mentale de leur parent et le comportement parental qui peut y être associé. 2. Répondre aux diverses peurs, confusion et manque de connaissances des enfants et des jeunes sur la maladie mentale et son traitement. 3. Aider les parents atteints de maladie mentale à trouver un moyen de discuter de la maladie et de ses conséquences entre eux et leurs enfants. 4. Aider les parents à accéder ou à redécouvrir leur fierté, leur confiance et leurs compétences en tant que parents. 5. Encourager les enfants et les jeunes à se sentir libre de participer à des activités agréables et adaptées à leur âge. 	<p>Population</p> <p>N=6 → jeunes participants actuellement à des groupes N=5 → parents participants actuellement à des groupes N=2 → anciens utilisateurs de services qui avaient fini de manière planifiée après une longue utilisation N=7 → anciens utilisateurs venu une ou deux fois et avaient arrêté d'assister aux groupes</p> <p>Les enfants et les jeunes qui ont assisté aux ateliers kidstime participant à cette étude sont âgés de 4 à 16 ans.</p> <p>Les parents atteints de problème de santé mentale (troubles psychotiques grave et persistants : schizophrénie, troubles bipolaires (TB), ou trouble de la personnalité, dépression chronique et troubles anxieux).</p>	<p>Méthode</p> <p>Entretiens qualitatifs → analyse thématique L'évaluation a eu lieu dans deux arrondissement londoniens.</p> <hr/> <p>Intervention</p> <p>Ateliers kidstime, groupes qui se réunissent tous les mois, durant 2h30 après l'école et auxquels parents et jeunes peuvent assister selon leurs besoins. Les ateliers débutent par un court séminaire pour les parents et les enfants abordant certains aspects de la maladie ou des potentiels questions. Ensuite des groupes sont formés pour les enfants et les parents.</p> <p>Le groupe pour les enfants commence par des jeux et des exercices d'échauffement puis ils peuvent raconter des histoires sur la vie de famille. Ils peuvent mettre leur histoire sous forme de pièce de théâtre. Pour finir parents et enfants sont invités à manger des pizzas puis à une discussion de groupe sur ce que les enfants ont apporté et sur les questions du groupe des parents.</p> <p>Les équipes se réunissent pour évoquer des situations complexes ou aborder des thèmes d'ateliers futurs.</p>	<p>Les principaux thèmes de l'étude sont les suivants :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. L'engagement initial (au programme) 2. Le partage d'expérience 3. L'acquisition de compréhension et de connaissances à propos de la maladie mentale 4. La possibilité de s'amuser 5. Impacts sur les relations familiales 	<p>Limites</p> <p>La participation s'est faite sur une base facultative, ce qui a potentiellement entraîné une distorsion dans les données. En raison de la nature vulnérable du groupe de clients, la participation à l'évaluation a été entreprise sur une base optionnelle, résultant en une taille d'échantillon plus petite que celle qui aurait été obtenue autrement. En outre, le jeune âge des enfants concernés limite la capacité du chercheur à interroger un plus grand nombre d'enfants et de jeunes. Davantage d'entretiens ont été menés avec des parents que des enfants, les citations de cette évaluation peuvent contenir davantage d'informations provenant des entretiens avec les parents que les entretiens avec les enfants. L'équipe d'évaluation a cherché à représenter le plus fidèlement possible les points de vue et les opinions des jeunes utilisateurs de services, de leurs parents et des professionnels. Cependant, un certain degré de partialité sera toujours inévitable dans les conclusions.</p> <hr/> <p>Recommandations</p> <p>Les conclusions suggèrent que kidstime est très apprécié des personnes qui y assistent et cela justifierait une évaluation plus rigoureuse avec un groupe de contrôle.</p>

7) Home visits in the Danish High Risk and resilience Study - VIA 7 Assessment of the home environment of 508 7-year-old children born to parents diagnosed with schizophrenia or bipolar disorder

Gantriis, D. L., Thorup, A. A. E., Harder, S., Greve, A. N., Henriksen, M. T., Zahle, K. K., ... Bliksted, V. (2019), Denmark

Devis [1] et Objectif [2]	Population [3]	Méthode [4] / Intervention [5]	Résultats [6]	Limites et Recommandations [7]
<p>Type d'étude</p> <p>Étude de cohorte</p> <hr/> <p>But de l'étude</p> <p>L'environnement familial est un facteur influant pour le développement et le bien-être de l'enfant.</p> <p>Comparer la qualité de l'environnement domestique des enfants dans une famille à haut risque de schizophrénie ou de bipolarité avec celle des témoins de la population.</p>	<p>Population</p> <p>N = 522 enfants au total N = 202 enfants de parents avec un diagnostic de schizophrénie N = 120 enfants de parents avec un diagnostic de bipolarité N = 200 enfants de parents avec aucun diagnostic</p> <hr/> <p>Critères d'inclusion</p> <p>Enfants âgés de 7 ans Dont un ou deux parents ont reçu un diagnostic de schizophrénie ou de trouble bipolaire. Trouvé dans le registre national de recherche psychiatriques Danois.</p>	<p>Outil</p> <p>Le milieu familial a été évalué à l'aide de l'inventaire de l'observation à domicile pour la mesure de l'environnement de l'enfance moyenne (Inventaire MC-HOME).</p> <hr/> <p>Méthode et Intervention</p> <p>Le MC-HOME est un outil qui se présente sous forme d'entretiens semi-structurés d'une durée d'environ 45 minutes à une heure, qui se déroule au domicile des familles et met l'accent sur le soutien et la stimulation de l'enfant dans son environnement familial. L'interviewer utilise un manuel semi-structuré avec des lignes directrices comprenant 59 items binaires divisés en huit sous-échelles : réceptivité, encouragement de la maturité, climat émotionnel, matériel et occasion d'apprentissage, enrichissement, compagnie familiale, intégration familiale et environnement physique.</p>	<p>La proportion d'enfants vivant en milieu familial évalué comme ne répondant pas à leurs besoins est beaucoup plus élevée dans les deux groupes familiaux à risques élevés. Cela est vrai pour 21% des enfants ayant une prédisposition familiale à la schizophrénie et pour 7% des enfants ayant une disposition familiale au trouble bipolaire. L'inventaire MC-HOME a montré des résultats prometteurs en tant qu'instrument utilisé pour identifier les environnements domestiques inadéquats.</p>	<p>Limites</p> <p>L'intégration de mesures longitudinales de la qualité de l'environnement domestique améliorerait la conception de l'étude. Cette étude est transversale et fondée sur des données de référence, il n'a pas été possible de prédire ou d'indiquer les relations causales. Beaucoup d'enfants vivent dans deux foyers de parents séparés, dans cette étude est inclus que le foyer de l'adresse officielle, cela peut exclure une influence importante de l'autre foyer.</p> <hr/> <p>Recommandations</p> <p>La proportion accrue de milieux de vie défavorables, pour les enfants de familles à hauts risques, met en évidence le potentiel d'identifier les familles les plus vulnérables en évaluant leur milieu familial. Cela met en lumière les effets potentiels inexplorés du soutien de ces familles avec des ressources matérielles, sociales et psychologiques dans un contexte familial plus holistique pour empêcher ces enfants de développer des dysfonctionnements et une psychopathologie plus tard dans leur enfance ou vie d'adulte.</p>

8) Enhancing parenting skills for parents with mental illness : the Mental Health Positive Parenting Program

Phelan, R.F., Howe, D.J., Cashman E.J. & Batchelor, S.H. (2012). Australie

Devis[1] et Objectif[2]	Population[3]	Méthode[4] / Intervention [5]	Résultats [6]	Limites et Recommandations [7]
<p>Type d'étude</p> <p>Etude quantitative</p> <hr/> <p>But de l'étude</p> <p>Déterminer l'effet du programme « Mental Health Positive Parenting Program (MHPPP) » sur les pratiques parentales de parents souffrants d'un problème de santé mentale.</p>	<p>Population</p> <p>(n=130) parents 111/130 parents qui ont commencé et terminé le programme. Les problèmes de santé mentale parentale étaient majoritairement des dépressions, des comorbidité anxieuse et des troubles bipolaires. Des 111 parents, 86 ont suivi l'avant et après l'intervention. L'âge des enfants variait entre 2-10 ans. Le MHPPP a été mené dans quatre centres communautaires et à domicile.</p> <hr/> <p>Critères d'inclusion</p> <p>Être parent d'un enfant âgé de 2 à 10 ans. Être affecté par une maladie mentale.</p>	<p>Méthode</p> <p>Les parents ont répondu à un questionnaire qui évalue la fréquence à laquelle le problème de comportement de l'enfant se produit ainsi que son identification en tant que problème (36 items). Le Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI), crée par Arnold D.S et al, 1993, a été sélectionné en tant que mesure pour la perception parentale des problèmes comportementaux chez leurs enfants. L'échelle parentale (PS), crée par Eyeberg S.M., Pincus, D. 1999., est une mesure d'auto-évaluation qui évalue les comportements parentaux dysfonctionnels laxistes ; excessifs et verbosité. Une fois que les parents ont été dirigés vers le MHPPP, ils ont été encouragés à se rendre à une entrevue (au domicile ou dans un centre de santé communautaire) afin de discuter du MHPPP et compléter les mesures de pré-programme et post-programme.</p> <hr/> <p>Intervention</p> <p>Le MHPPP est une intervention, adaptée au Triple P (intervention familiale comportementale). Elle dure dix semaines, six semaines d'intervention et quatre visites à domicile, ciblée sur les comportements dysfonctionnels de parents atteints de trouble mentaux..</p>	<p>Outcomes</p> <p>Les résultats de l'étude quantitative de Phelan et al., (2012) démontrent que le suivi du programme MHPPP, par des parents souffrants de maladies mentales, amène à des résultats significatifs en lien avec les aspects suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La diminution de la perception parentale des situations problématiques liées aux comportements des enfants (P<0,001). - La diminution du comportement laxiste et sur-réactif, du manque de clarté et de concision dans le langage et l'approche des parents envers leurs enfants. (P<0,001). <p>Selon les résultats de l'étude de Phelan et al. (2012), le programme MHPPP est efficace pour les parents avec des stratégies dysfonctionnelles et pour les parents dont un enfant a des troubles du comportement. Celui-ci peut également être utilisé en amont pour une prévention primaire auprès du public cible.</p>	<p>Limites</p> <p>L'étude n'a pas inclus de suivi à long terme et celle-ci ne peut donc pas se prononcer sur la durabilité des effets de l'intervention. Les problèmes de santé mentale parentale ont été auto-déclarés. Cela montre que l'étude ne dispose peut-être pas de renseignements exacts à propos du diagnostic. De plus, les auteurs ne sont pas en mesure de faire un rapport sur le degré de déficience dans l'échantillon et déterminer si cela a eu une incidence sur les résultats.</p> <hr/> <p>Recommandations</p> <p>Une enquête sur les caractéristiques des parents et des enfants afin de déterminer ce qui conviendrait le mieux au MHPPP. Une étude sur la composante de visite à domicile serait également utile pour bien comprendre son rôle dans le succès de l'intervention.</p>

5.2. Analyse critique des articles retenus

Les résultats présentés ci-dessous ont été classés au sein de quatre thèmes pertinents, du fait qu'ils soient repris par plusieurs auteurs et qu'ils aient des axes relatifs à notre question de recherche.

Tableau 7. Tableau synoptique des articles selon les thèmes abordés

		Phelan et al., 2012	Wolpert et al., 2015	Van Der Ende et al., 2016	Murphy et al., 2016	Tabak et al., 2016	Backer et al., 2017	Afzelius et al., 2018	Gantriis et al., 2019
Perception et sentiments ressentis de la maladie mentale parentale	Perception du parent malade	✓	✓	✓		✓			
	Perception des enfants et des conjoints		✓	✓	✓		✓	✓	
Conséquences de la maladie mentale parentale	Conséquences pour les enfants				✓	✓			✓
	Parentalisation		✓		✓	✓	✓	✓	
Besoins des parents, enfants et conjoints	Besoins de connaissances sur la maladie					✓		✓	
	Communication sur la maladie		✓				✓		
	Impacts « positifs » des connaissances de la maladie		✓					✓	
	Besoin de soutien		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Stratégies d'adaptations familiales et coping familial	Stratégies des parents	✓		✓				✓	
	Stratégies des enfants						✓	✓	
	Recherche de soutien			✓				✓	
	Stratégies familiale de coping						✓	✓	

Pour une lecture plus agréable, voici les différentes interventions mentionnées dans les résultats :

- ❖ MHPPP (Mental Health Positive Parenting Program) est une intervention, adaptée au Triple P (intervention familiale comportementale). Elle dure dix semaines, six semaines d'intervention et quatre visites à domicile, ciblée sur les comportements dysfonctionnels des parents atteints de trouble mental.
- ❖ KIDSTIME est une intervention formée d'ateliers de deux heures trente, mensuels, et animée par une équipe de professionnels. Ces ateliers commencent par un court séminaire avec les enfants et les parents puis tout le monde est séparé en groupe de différents âges afin d'adapter le format.

Dans les autres études les interventions des auteurs sont faites sous différentes formes décrites dans les tableaux comparatifs, souvent sous forme d'entretien par exemple par téléphone, à domicile ou par le biais de questionnaires papier ou en ligne.

5.2.1. Perception et sentiments ressentis de la maladie mentale parentale

5.2.1.1. Perception du parent malade

La synthèse des entretiens, faite par Van Der Ende, Van Busschbach, Nicholson, Korevaar et Weeghel (2016), met en évidence un sentiment d'incapacité, des parents, à faire face aux besoins de leurs enfants tels que l'organisation de la vie quotidienne, imposer un cadre ou faire preuve d'empathie. Les résultats rapportent également des difficultés à gérer la combinaison entre leur propre vulnérabilité, l'attention envers les enfants donc leur parentalité et les tâches ménagères. D'une part, deux mères témoignent : *"Elle (sa fille) a manqué du soutien dont elle avait besoin de ma part, pendant ma dépression."* (p.90) ; *"... je ne suis plus la personne que j'étais et je ne le serai plus. Je sais qu'il m'est difficile de faire l'entretien ménager, de m'occuper assez bien de mes enfants ; je sais que j'ai mes limites"* (p.90).

D'autre part, trois pères ayant un droit de visite tous les quinze jours remplissent leur rôle lors de courtes périodes. Cela limite leur capacité à s'engager de manière plus personnelle auprès de leurs enfants, et potentiellement, surmonter le fait d'être un père ayant des problèmes de santé mentale. D'ailleurs un parent de l'étude de Tabak et al., 2016, exprime la même perception : *"Ils veulent avoir un parent qui s'engage avec eux, et si un parent est déjà impliqué dans sa propre maladie mentale, il ne peut déjà pas s'engager avec lui-même, encore moins avec ses propres enfants,..."* (p.323).

Selon Wolpert, Hoffman, Martin, Fagin, et Cooklin (2015), plusieurs parents expriment éprouver une culpabilité en regard du fardeau que la maladie impose à leurs enfants. Ils s'inquiètent de la stigmatisation, de l'intimidation que ceux-ci pourraient subir et des risques de développer, plus tard, une maladie mentale. Ces parents décrivent, également, un stress augmenté lors d'expériences de vie anxiogènes tel qu'un divorce, une séparation, une perte d'emploi ou de stabilité économique, conséquence de leur maladie. D'autre part, les parents se sentent coupables de ne pas s'occuper de leurs enfants. Phelan, Howe, Cashman, et Batchelor (2012), mettent en évidence une diminution de la perception parentale des situations problématiques liées aux comportements des enfants ($P < 0,001$) grâce au MHPPP.

Cependant, Van Der Ende et al. (2016), mettent en évidence des résultats positifs de la parentalité perçue par les parents tels qu'une augmentation du sentiment d'autonomisation, une stimulation positive et une source de joie. Le développement du statut parental peut intégrer le processus de rétablissement d'une personne. Un père d'enfants âgés de 10 et 11 ans l'illustre : *“J'apprends à faire de choses agréables avec eux, les interroger sur l'école, m'intéresser et savoir quand mon enfant doit donner un exposé à l'école. Retrouver mon rôle parental est l'un de mes points clés dans cette clinique”* (p. 91) et une mère célibataire ajoute : *“La maternité me donne beaucoup de satisfaction et oui, depuis que je suis mère, je me tiens fermement sur mes pieds. Cela m'a beaucoup changé. Je dois prendre des responsabilités qui commencent déjà dès le réveil. Vous devez être présent toute la journée ; vous ne pouvez pas laisser votre enfant.”* (p.91).

5.2.1.2. Perception des enfants et des conjoints

Les enfants ressentent que le parent malade a moins de patience et s'énerve plus facilement. Ils constatent que le parent peut être irrité et stressé pour des raisons qu'ils ne comprennent pas toujours, même si les parents souffrant de maladie mentale ont essayé de dissimuler les stigmates de la maladie (Afezelius, Plantin, & Östman, 2018). Les mêmes termes se retrouvent dans l'étude de Backer, Murphy, Fox, Ulph et Calam (2017), tous les enfants de tout âge sont en mesure de décrire les symptômes de la maladie psychiatrique, qu'ils soient au courant de celle-ci ou non. Les mots utilisés par ces derniers sont les suivants : déprimé, triste, heureux, étourdi, irritable, en colère, inquiet, stressé. Des expressions comme « drôle de visage et vilain » ont été utilisées par un enfant de 6 ans, un des plus jeunes.

Les enfants racontent, également, qu'ils perçoivent le bouleversement, la colère ou le stress du parent. De plus, ils expliquent qu'ils sont inquiets à chaque fois que leurs parents quittent la maison et comment ils surveillent constamment l'heure par crainte que ceux-ci ne rentrent pas (Afezelius et al., 2018). Les enfants s'attribuent, fréquemment, la responsabilité de l'humeur et du comportement parental, par exemple lorsqu'il est triste ou agressif (Backer et al., 2017 ; Murphy, Peters, Wilkes, & Jackson, 2016).

Les enfants décrivent diverses émotions vécues et qu'elles sont en réponse directe à la symptomatologie du parent souffrant. Les deux émotions principales sont la tristesse et la colère. Plusieurs enfants, plus âgés, indiquent se sentir en colère contre leur parent à cause de leur humeur, mais les plus jeunes gardent cela pour eux. Ceux-ci peuvent exprimer leur colère au travers de comportements inadaptés (Backer et al., 2017). Les adultes expliquant leur expérience d'enfant, dans l'étude de Murphy et al. (2016), expriment ressentir que leur santé émotionnelle et leurs besoins avaient une importance réduite aux yeux de leur parent. Ceux-ci décrivent une diminution du sentiment d'acceptation sociale en plus d'une perte de connectivité émotionnelle et une diminution de l'opportunité de vivre leur enfance.

Des enfants du programme Kidstime évoquent la crainte de développer une maladie mentale, une crainte évoquée également par des parents. Voici le témoignage d'un participant :

Quand j'ai commencé le projet, j'avais l'impression que je ne pouvais pas vraiment m'exprimer, car je sais que les gens pensaient souvent que, parce que ma mère avait une maladie mentale, je pouvais avoir une maladie mentale, alors je ne voulais rien dire, parce que je ne voulais pas paraître bizarre ou dire quelque chose d'inapproprié.... après avoir appris l'existence de la maladie, je ne deviendrais pas nécessairement malade mentalement, (Wolpert et al., 2015, p.411).

Les enfants de familles biparentales ont souvent décrit leur perception du parent non malade et leur rôle au sein de la famille. Cela a permis de comprendre l'adaptation de la famille. Avoir un parent, avec une bonne santé mentale, en soutien, semble avoir un effet "tampon", permettant aux enfants de faire face aux symptômes du parent souffrant de manière plus gérable. Avoir un parent cohérent donne un sentiment de routine et de prévisibilité parallèlement dans la vie de l'enfant, s'occupant de lui, jouant et garant de la discipline (Backer et al., 2017).

Les conjoints connaissent leurs responsabilités et les évoquent en expliquant le devoir de prendre soin du foyer pour mener une vie la plus paisible possible. Malgré les situations de stress, ceux-ci, tirent parti du temps passé avec leurs enfants qui n'aurait pas été le même si l'autre parent n'était pas malade. Malgré tout, les partenaires se sentent négligés par leur conjoint et par les services psychiatriques. De plus, au cours des entretiens, les parents souffrants de maladie mentale ont souligné que leurs partenaires avaient également besoin de soutien et qu'ils étaient déçus que ceux-ci n'aient pas été invités à participer aux réunions de famille (Afezelius et al., 2018).

5.2.3. Conséquences de la maladie mentale parentale

5.2.3.1. Conséquences pour les enfants

Selon l'étude de Murphy et al. (2016), pendant leur enfance, les adultes ont mal vécu : l'isolement permanent au sein de la famille, l'isolement social, les expériences quotidiennes de la symptomatologie de la maladie parentale et la recherche continue de relation parent-enfant. Suite à cela, ils ont ressenti être dépassés par ces événements. Ils ont l'impression d'avoir été submergés, en tant qu'enfant, par l'indisponibilité du parent en raison des symptômes réels de la maladie mentale ou des comportements parentaux associés au contenu délirant. Murphy et al. (2016) et Tabak et al. (2016), révèlent la honte pour les enfants de parler de la maladie, demander de l'aide et d'inviter des amis à la maison. Les stigmates associés à la maladie mentale parentale engendrent l'isolement scolaire, familial et social. Une mère témoigne également de l'isolement familial qu'elle subit lorsqu'elle perd le contrôle à cause de sa maladie. Elle explique qu'elle va alors se cacher dans sa chambre et qu'elle entend le reste de la famille vivre sans elle (Afezelius et al., 2018).

Le manque d'implication parentale, par exemple lorsque le parent n'arrive pas à se lever le matin et la crainte des enfants de laisser leurs parents seuls à la maison, conséquences de la maladie mentale parentale, mènent à un absentéisme scolaire qui augmente le risque d'isolement scolaire et social. D'autre part, le manque d'attention familiale et la privation des besoins des enfants peuvent également engendrer des violences physiques et psychologiques. Finalement, le risque redouté de tous, parents et enfants, est un placement dans des familles d'accueil (Tabak et al., 2016).

Les enfants présentant un risque familial élevé de schizophrénie et de bipolarité sont évalués comme ayant un fonctionnement quotidien significativement plus faible que le groupe témoin (Gantriis et al., 2019). Pour ces auteurs, les enfants vivant dans un milieu familial avec une pathologie mentale présentent également beaucoup plus de problèmes psychopathologiques et comportementaux ($p < 0,0001$).

5.2.3.1. Parentalisation

Une des conséquences, la plus répertoriée, dans les études retenues est la parentalisation. Jurkovic (1998), cité par Backer et al. (2017), met en évidence deux types de parentalisation : instrumentale, impliquant que l'enfant accomplisse des tâches physiques pour la famille ou qu'il s'occupe d'un parent malade; et émotionnelle, lorsque l'enfant fournit un soutien social parental et joue le rôle de confident ou de médiateur entre les membres de la famille. Les enfants plus âgés de l'étude Backer et al. (2017), appartiennent certainement au premier type, aidant aux tâches pratiques telles que le ménage, les courses et la préparation de leurs propres repas. Les enfants ne décrivent pas la parentalisation émotionnelle, qui peut se produire davantage chez les adolescents à mesure qu'ils deviennent plus matures sur le plan émotionnel et sont capables de fournir un soutien et des conseils dont les enfants plus jeunes sont incapables (Jurkovic, Thirkfield et Morell, 2001, cités par Backer et al., 2017).

Les parents et les professionnels mettent en évidence l'inversion des rôles parent-enfant. En effet, les enfants sont soucieux de soutenir le parent en essayant de l'aider dans les tâches ménagères, en le prenant dans les bras et en le réconfortant, ils assument des responsabilités familiales plus lourdes qu'habituellement à leur âge (Afezelius et al., 2018 ; Tabak et al., 2016). Cependant, les enfants de l'étude Backer et al. (2017), ne semblent pas percevoir la responsabilité comme un fardeau, semblant tirer fierté et succès du renversement du rôle. Etant donné que les enfants ont souvent des responsabilités supplémentaires, il est évident que le soutien de ces enfants, qu'il soit issu d'un autre parent, de membres de la famille élargie ou d'amis, était important. Les animaux de compagnie sont également une source importante de divertissement et de confort. Afezelius et al. (2018), évoquent l'obligation pour ces enfants de compter sur leurs propres ressources. Par ailleurs, les données de l'étude ont également révélé certains effets positifs pour l'enfant de grandir dans une famille avec un parent atteint de trouble psychique.

Les enfants changent de rôle en modifiant leurs comportements et leurs expressions émotionnelles afin d'offrir un bien-être au parent souffrant. Un enfant se décrit même comme "gardien" de sa mère (Backer et al., 2017; Murphy et al., 2016).

Nonobstant une certaine fierté, certains enfants évoquent l'importance de s'amuser, par exemple dans les groupes de soutien. Cela met en évidence leur envie d'être des enfants malgré la situation. Un jeune enfant affirme : "*La maison est triste J'avais hâte de m'amuser, tu sais étant enfant. Mais à la maison il faut être adulte, s'occuper de soi-même, s'occuper de sa mère, s'occuper de la maison, lui donner des médicaments*" (p.413). Le programme Kidstime, par exemple, apporte aux enfants du temps pour s'amuser, pour être des enfants (Wolpert et al., 2015).

5.2.1. Besoins des parents, enfants et conjoints

5.2.1.1. Besoins de connaissances sur la maladie

Les auteurs, en s'appuyant sur la perception des familles, s'accordent sur l'importance d'apporter des connaissances sur la maladie mentale aux enfants ou aux proches et développent la manière de les communiquer. Un adulte raconte son expérience d'enfant par rapport à l'incompréhension de la maladie de son père. Il exprime que tout n'était pas négatif. Il raconte qu'il ne savait pas ce qui n'allait pas chez son père, qu'il n'était qu'un enfant mais que cela l'a encouragé à découvrir ce qui se passait et pourquoi son père était ainsi. Il a trouvé que cette situation était difficile (Tabak et al., 2016).

Selon Tabak et al. (2016), les parents, les enfants et les professionnels indiquent que les enfants de parents atteints de maladie mentale ont besoin de plus d'informations sur la maladie mentale et son pronostic. Afezelius et al. (2018), démontrent que c'est un souhait particulier des parents touchés par la maladie, afin que leurs proches comprennent la raison pour laquelle ils agissent parfois d'une manière inadaptée.

5.2.1.2. Communication sur la maladie

D'après Backer et al. (2017), des enfants trouvent utile que leurs parents communiquent avec eux sur leur maladie et symptômes, par exemple, en connaissant l'humeur de ces derniers, cela leur permet d'être préparés. Mais, les parents, participants à l'intervention Kidstime, déclarent éviter les discussions, avec leurs enfants, inhérentes à leur maladie mentale, au domicile. Ils ont peur de susciter ou d'être submergés par les questions de ces derniers, auxquelles ils pourraient ne pas réussir à répondre.

Les groupes Kidstime leurs apportent un environnement sécuritaire durant ces échanges. Ces conditions leurs permettent de partager leurs expériences et leurs sentiments dans un climat de confiance, dénué de jugement. De plus, l'apprentissage de la santé mentale contribue à réduire la stigmatisation et à dissiper les "mythes". Un parent évoque la manière, non stigmatisante, dont les connaissances sont transmises dans les groupes. Il apprécie le respect et l'égalité qu'il ressent malgré la provenance de différents endroits des autres participants. Il exprime pouvoir parler plus facilement (Wolpert et al., 2015).

Cependant Backer et al. (2017), attirent l'attention sur le fait que les connaissances des enfants reflètent leur âge. Les enfants âgés de 4 à 6 ans ne connaissent pas la maladie de leur parent contrairement aux enfants de 7 à 10 ans qui savent nommer la maladie de leur parent ou juste que le parent est malade. L'incertitude est commune, les enfants ont conscience qu'il s'agit d'un trouble bipolaire, mais ne savent pas l'expliquer plus précisément, par exemple la fréquence des symptômes.

5.2.1.3. Impacts "positifs" des connaissances de la maladie

Afezelius et al. (2017) ; Wolpert et al. (2017), démontrent, d'après les résultats de leur étude, qu'une bonne connaissance de la maladie mentale parentale rend la vie de famille moins stressante, moins conflictuelle et donc plus calme pour les enfants. Ces connaissances permettent également aux jeunes de s'exprimer d'une manière générale plus libre et aux familles de gérer les conflits de manière plus nuancée avec patience et compréhension vis-à-vis des besoins de leurs enfants ainsi qu'à mieux s'adapter selon leurs différents âges.

Une jeune participante du programme Kidstime témoigne :

J'ai l'impression de pouvoir en parler facilement, parler de la maladie mentale sans me sentir gênée ou honteuse, parce que je sais, maintenant, que c'est courant, oui. Si je n'avais pas participé à ce projet, je ne saurais pas que d'autres personnes souffrent de cette maladie, je n'ai pas peur ou je n'ai pas honte de parler de la maladie mentale". Les jeunes apprécient la possibilité de se familiariser avec la maladie de manière ludique (Wolpert et al., 2015, p.413).

5.2.1.2. Besoin de soutien

Dans les articles cités ci-dessous, le soutien relationnel comprend : le parent sain, la fratrie, les grands-parents, la famille élargie, les amis ou meilleurs amis, les animaux de compagnie et les pairs. Le soutien social, quant à lui, inclut : les structures scolaires, sociales, hospitalières avec tous leurs intervenants.

La recherche de Van Der Ende et al. (2016), met en évidence qu'un manque de structure, de contacts sociaux et une énergie limitée influence négativement les ressources des parents. Cela engendre une disponibilité réduite envers leurs enfants, afin de partager des activités ou pour fixer des limites. De plus, Gantriis et al. (2019), constatent que 21, 43 % des enfants de parents atteints de schizophrénie et 6,90% de parent ayant un trouble bipolaire vivent dans des conditions jugées insuffisantes pour répondre aux besoins de soutien et de stimulation des enfants contre 2,55% du groupe témoins. Donc un cinquième des enfants vivent dans des conditions où leurs besoins ne sont pas suffisamment satisfaits. Un milieu familial médiocre peut entraîner un large éventail de facteurs de risque de maladies mentales futures chez les enfants, par exemple, un niveau élevé de stress, un manque d'attachement sécure ou de faibles possibilités socio-économiques.

Selon Tabak et al. (2016), les personnes interrogées pour l'étude ont décrit deux besoins fondamentaux des enfants, le besoin de soutien affectif et le besoin de sécurité. En effet, les différents participants ont déclaré que les enfants de parents atteints de maladie mentale ont besoin d'une personne qui les écoute. Les résultats de Backer et al. (2017), indiquent que les grands-parents sont souvent appréciés non pour discuter de la maladie, mais comme source de distraction et comme occasion de recevoir une attention positive. Beaucoup d'enfants parlent également de leurs amis, disant qu'ils en ont beaucoup à l'école et ils font référence, notamment, à leurs meilleurs amis. Ils décrivent comment ces amitiés les rendent heureux et non solitaire.

Les études de Tabak et al. (2016) et de Afezelius et al. (2018), démontrent que les participants des groupes d'enfants ont, également, besoin de soins, de soutien et d'informations de la part du personnel des services de santé mentale ou d'autres organisations d'aide pour les soutenir face aux problèmes de la vie quotidienne en établissant des relations de valeur et de confiance avec eux.

Elles peuvent initier un soutien plus régulier et fournir des interventions familiales qui tiennent compte des besoins de la famille. Cela peut être réalisé en offrant une variété de soutien comme, des réunions familiales, des groupes enfants-parents, un soutien individuel ou des échanges entre les pairs. Par ailleurs, ils suggèrent un contact plus régulier avec un conseiller ou une infirmière scolaire.

Des témoignages, dans les études de Afezelius et al. (2018) et de Wolpert et al., (2015), démontrent que ces différentes interventions favorisent une réduction du sentiment d'isolement, un accès à des discussions plus ouvertes pour les parents et augmentent l'affirmation de soi, diminuent la colère à l'école ou leur l'inquiétude à la maison pour les enfants. Un garçon de 10 ans s'exprime : *“Je pense que c'est mieux maintenant, parce que quand elle est en colère je peux lui demander d'arrêter, et je ne crie pas autant qu'avant”* (Afezelius et al., 2018, p.74). Cependant, certains parents ont des craintes à s'engager dans des interventions en lien avec la stigmatisation et avec les attentes des autres participants. Ils ont peur de se retrouver avec des fous selon un témoignage. Or, grâce à la rencontre avec leurs pairs, ils découvrent qu'ils sont pareils. Les parents ont trouvé un facteur de motivation pour s'engager, c'est la prise en compte des besoins de leurs enfants (Wolpert et al., 2015).

5.2.4. Stratégies d'adaptations familiales et coping familial

5.2.4.1. Stratégies des parents

Les parents recherchent des stratégies pour maintenir une vie ordinaire et protéger leur enfants des risques de perturbation induits par la maladie. Ainsi, entre autre, ils se cachent dans leur chambre, à l'écart, lorsqu'ils se sentent malades. De plus, les parents mettent en évidence des stratégies spécifiques à l'éducation de leurs enfants. L'une d'entre elle est de faciliter le contact avec l'enfant par le biais d'intérêts communs pour choisir une activité convenant à l'âge de l'enfant, à son plaisir et celui des parents (Afezelius et al., 2017 ; Van Der Ende et al., 2016).

L'étude de Phelan et al. (2012), met en évidence que le programme MHPPP est efficace pour les parents avec des stratégies dysfonctionnelles. Une diminution significative du comportement laxiste et sur-réactif, du manque de clarté et de concision dans le langage et l'approche des parents envers leurs enfants est identifiée ($P < 0,001$). Tous ces éléments sont essentiels afin de créer un environnement adéquat et stimulant pour l'enfant.

5.2.4.2. *Stratégies des enfants*

Les conjoints et les enfants sont conscients de l'humeur quotidienne du parent malade et s'y adaptent pour ne pas déclencher de discordes inutiles (Afezelius et al., 2018). L'évitement affectif lorsque le parent malade est en colère, triste ou irritable, celui-ci est décrit sous différentes formes par de nombreux enfants. Par exemple, les enfants vont dans leur chambre pour jouer ou s'isoler, rendent visite à des amis ou bien des parents proches ou utilisent les loisirs pour éviter leur parent. Cependant, lorsque les enfants craignent une séparation pour cause de conflit, ils ont recours à d'autres stratégies. Par exemple, ils peuvent engager une dispute avec le parent souffrant lorsqu'ils remarquent qu'une querelle se prépare (Afezelius et al., 2018 ; Backer et al., 2017).

Les enfants réalisent le besoin de maintenir un environnement social approprié, en étant apte, à se confronter aux autres. Ils développent un intérêt pour les personnages qu'ils aperçoivent à la télé et les prennent comme exemple qui guide leur développement social. Plusieurs d'entre eux ont déployé deux personnalités différentes, une en privé et une à l'extérieur (Murphy et al., 2016,). Les connaissances contribuent à fournir des stratégies pour gérer les comportements difficiles de leur parent (Wolpert et al., 2015).

5.2.4.3. *Recherche de soutien*

La recherche de soutien est l'une des stratégies les plus précieuses pour accéder à un espoir de résilience familiale dans le futur. En effet, sans soutien extérieur, la dynamique de la famille risque d'être perturbée. De plus, les enfants ont plus de risques de développer des troubles du comportement et des troubles émotionnels. Les parents souffrants se sentent coupable de ne pas pouvoir s'occuper de leurs enfants, ce qui les pousse à rechercher du soutien auprès de leurs parents ou amis. Lors de ce processus, il est crucial qu'ils reconnaissent leurs limites. Les enfants sont une force pour certains parents, une ressource qui les stimule à développer des compétences, par exemple, apprendre à reconnaître leurs limites (Afezelius et al., 2018 ; Van Der Ende et al., 2016). Une mère témoigne : *“Vous pouvez être renforcé par vos propres problèmes. Cette période m'a beaucoup apporté. Avec mon enfant, j'ai appris à voir mes propres limites”* (Van Der Ende et al., 2016, p.92). D'autre part, une incertitude pèse sur les parents quant à la manière de communiquer avec leurs enfants, là encore, ils souhaitent être soutenu. Ils se tournent alors vers les services psychiatriques. Un parent s'exprime : *“J'avais besoin d'aide, tout au long de mon parcours, pour ne pas faire fuir mes enfants”* (Afezelius et al., 2018, p.73).

5.2.4.4. *Stratégie familiale de coping*

Afezelius et al. (2018) et Backer et al. (2017), s'accordent sur une stratégie de coping qui implique l'importance d'entretenir, afin d'alléger le fardeau de la maladie, en menant une vie de famille la plus normale possible. Cette vie de famille ordinaire est le souhait des parents et appréciée des enfants. Il s'agit d'une vie de famille durant laquelle les enfants vont et réussissent à l'école, poursuivent leurs activités normalement et que toute la famille passe du temps de qualité ensemble en profitant des vacances, des sorties, des fêtes etc. Les résultats de Backer et al. (2017), suggèrent que pendant les périodes de stabilité, les familles sont capables de fonctionner "normalement" et de passer du temps ensemble. Lorsque les symptômes des parents sont gérables, les enfants peuvent profiter de la vie de famille aux côtés de la maladie. Cependant, un enfant exprime qu'il n'aime pas vivre dans sa famille et deux autres expliquent ne pas avoir d'exemple d'expériences positives familiales. L'article de Wolpert et al. (2015), démontre que les ateliers de Kidstime ont un impact positif pour faciliter les discussions à propos de sujets difficiles et pour réduire les tensions, résultantes de malentendus ou d'une mauvaise interprétation, pouvant avoir un effet négatif sur la relation parent-enfant.

Les participants, parents et enfants, des groupes de discussion, ont perçu le rôle des écoles comme un soutien pour l'enfant et une aide pour réduire la stigmatisation. Les parents ont suggéré de renforcer les réseaux d'amitié à l'école afin d'éviter l'isolement. Les enfants et les parents ont souligné la nécessité d'un système éducatif fonctionnel. Un parent atteint d'une maladie mentale a décrit comment la communication entre l'école et la maison pourrait être améliorée afin d'aider lors de situations difficiles (Tabak et al., 2016)

6. DISCUSSION

Nous avons exposé les résultats de huit études axées sur les enfants et la famille selon des thèmes émergents et récurrents qui pourront apporter une plus-value à la prise en soins de ces familles. Notre réflexion se porte sur la façon d'accompagner ces dernières, en lien avec l'approche infirmière des soins fondés sur les forces et le soutien de celles-ci, inspirée de l'approche systémique et du modèle de McGill (Gottlieb & Gottlieb, 2014). Les articles consultés soutiennent que l'accompagnement sera plus efficient avec des soins axés sur la famille. Afin de compléter notre réflexion autour de la problématique, nous discutons des interventions et du rôle des soignants dans ces situations.

6.1. Famille

6.1.1. Parent malade

Les personnes touchées par la maladie mentale subissent des périodes de symptômes. Ceux-ci se manifestent de différentes manières suivant la pathologie initiale. Avec leur entourage, cette population fait face à des situations complexes et des expériences négatives.

De nombreux parents ressentent un sentiment d'incapacité à gérer les responsabilités de la parentalité et leur vulnérabilité causée par leur symptomatologie. Ils se sentent inaptes à s'engager auprès de leurs enfants, par exemple, en répondant à leurs besoins, en faisant preuve d'empathie à leur égard, en leur donnant de l'attention ou en leur imposant un cadre éducatif. De plus, ils n'arrivent pas à organiser la vie quotidienne ou accomplir les tâches ménagères (Tabak et al., 2016 ; Van der Ende et al., 2016). Une des conséquences pour ces parents, déjà contraints par leur maladie, est de ressentir des émotions négatives telles que la culpabilité de ne pas s'occuper de leur enfant et de leur imposer le fardeau de leur maladie. Ils s'inquiètent, également, des risques de stigmatisation que pourraient subir leurs enfants, des troubles qu'ils pourraient développer et du stress augmenté lors de situation de crise comme une séparation ou une perte d'emploi (Wolpert et al., 2015). Cette culpabilité émerge car ils ne remplissent pas le rôle défini par la société qui d'après Boily et al. (2016), est de satisfaire les besoins des enfants pour leur permettre de développer une autonomie et faciliter leur intégration dans la société.

Cependant, une partie des parents ont une perception positive de la parentalité. Grâce à ce statut parental, des personnes peuvent entrer dans un processus de rétablissement qui fait de la parentalité une force. En effet, celle-ci leur procure une stimulation positive, une source de joie et un sentiment d'autonomisation. Il serait important de révéler cette force dans les familles pour ne pas stigmatiser et penser qu'ayant un parent malade, une famille sera forcément dysfonctionnelle (Van der Ende et al., 2016). Pour ce faire, il est possible de se référer au système de croyances de la famille, présenté dans le tableau IV en annexe.

6.1.2. Enfant

Les enfants sont "des éponges" émotionnelles et perçoivent inévitablement l'état psychologique de leur parent. Dans les études consultées, ils ressentent, chez le parent, un stress plus grand, une irritabilité et un bouleversement. Les enfants, à partir de sept ans, peuvent décrire les symptômes en des termes tels que : "déprimé", "triste", "étourdi", "en colère", ... À l'âge de six ans ou moins, ils utilisent d'autres mots comme "drôle de visage" ou "vilain" (Afzelius et al., 2018 ; Backer et al., 2017). Cependant, la théorie du développement de Piaget (1932, 1936, 1937, 1945), cité par Tourette et Guidetti (2018), met en évidence qu'un enfant, à partir de, quatre ou cinq ans reconnaît les expressions telles que la colère, la tristesse et la joie.

En outre, si l'enfant, de moins de dix ans, a développé un attachement insécuré, il pourrait développer des troubles du comportement, émotionnels, alimentaires et une agressivité passive (Guédeney & Dugravier, 2006). Ils auront une moins bonne habileté à développer des stratégies de coping. Cela pourrait perturber leur intégration sociale. Contrairement à un attachement sécurisé qui permet de développer des compétences dans la résolution de problème et dans la relation aux pairs (Bowlby, 1973, 1978, 1984).

Ne comprenant pas la maladie parentale, les enfants peuvent culpabiliser, ressentir du stress ou de la colère, par rapport à l'humeur changeante et les comportements déplacés de son parent, causés par la maladie. Cela pourrait diminuer l'estime de soi en grandissant et dans leur vie d'adulte (Backer et al., 2017 ; Murphy et al., 2016).

6.1.3. Conjoint

Lors des manifestations de la maladie, le conjoint pourrait, également, être affecté. Les symptômes impactent de façon importante le quotidien de la famille.

Dans le contexte où l'un des parents est atteint d'un trouble mental, le conjoint "sain" joue un rôle primordial dans la structure familiale. Celui-ci apporte une sécurité, un soutien et un équilibre à l'enfant. Grâce à une stabilité et à une routine dans sa vie, il permet à celui-ci de faire face, de manière plus sereine, aux situations, aux expériences négatives ainsi qu'aux symptômes du parent malade. De plus, le conjoint devient le garant de la discipline. En effet, il est capable de fixer un cadre éducatif clair contrairement au parent malade qui ne se sent pas capable de mettre des limites (Afezelius et al., 2018). Par ailleurs, en répondant de manière adéquate et constante aux besoins de son enfant, celui-ci devient la figure d'attachement primaire et permet ainsi d'assurer un développement physiologique de l'enfant (Tereno et al., 2007). Cela implique de grandes responsabilités et peut être une difficulté pour lui (Afezelius et al., 2018).

Selon Gottlieb et Gottlieb (2014), le partenariat de collaboration est un processus dynamique dans lequel tous les membres participent activement à l'élaboration d'actions, d'un accord commun. Le conjoint, étant l'un des membres le plus proche de la personne touchée par la maladie, sera un partenaire de choix lors de la prise en soin de la famille. Malgré cela, il se sent souvent perdu face à la psychopathologie et le partenaire malade n'arrive pas toujours à répondre à ses besoins. Il a le sentiment d'être négligé et abandonné par celui-ci et par les services psychiatriques. Il n'est pas pris en compte dans la prise en soin de son partenaire qui se rend compte que celui-ci a également besoin d'être informé, accompagné et soutenu. La déception est partagée par les deux parties (Afezelius et al., 2018).

6.1.4. Besoins de la famille

Selon Gottlieb et Gottlieb (2014), l'apprentissage est essentiel à la survie, au changement et à la croissance. En effet, la famille a besoin d'acquérir des compétences sur la maladie mentale parentale afin d'apprendre à gérer celle-ci et favoriser une bonne dynamique familiale.

Les résultats des études de Afezelius et al. (2018) et Tabak et al. (2016), mettent en évidence la nécessité d'apporter des connaissances sur la maladie mentale aux enfants et aux proches pour qu'ils puissent interpréter les comportements et les attitudes déplacées. L'acquisition de bonnes connaissances concernant la maladie permet de réduire le stress de la famille et les conflits (Afezelius et al., 2017 ; Wolpert et al., 2017). C'est une source de sérénité qui favorise une bonne dynamique familiale.

Une question porte sur le terme de normalité et sur le fait de vivre comme une famille ordinaire (Afezelius et al., 2018 ; Backer et al., 2017). Que signifie normalité? Est-elle la même pour tout le monde? Certaines familles pourraient-elles avoir une représentation idéale? En effet, les familles considérées comme normales rencontrent aussi des problématiques liées à l'éducation de leurs enfants. D'aucun n'est parfait malgré les croyances. Ces représentations risqueraient de pousser les personnes touchées par la maladie mentale à s'imposer des objectifs irréalisables et d'être découragées par l'échec de ceux-ci. L'étude de Boily et al. (2016), démontre que la perception fautive de la réalité, entre d'autres problématiques, a des conséquences sur la capacité à réaliser des tâches de la vie quotidienne, celles-ci sont : se lever le matin, se concentrer sur une tâche, communiquer avec ses proches ou entretenir des relations sociales.

6.2. Environnement

L'un des facteurs modifiable fréquemment évoqué et dont l'impact est important est l'environnement. Comme énoncé dans l'ancrage disciplinaire, celui-ci comporte des énergies qui opèrent sur les forces et les déficits et qui définissent la survie, la croissance ou la chute d'un individu/famille. Le soignant fait partie de l'environnement et contribue à favoriser la guérison par la stabilité de celui-ci (Gottlieb & Gottlieb, 2014). Gottlieb et Gottlieb (2017), définissent différents types d'environnements : physique comprenant l'espace et le temps, relationnel incluant les connexions et social représenté par les politiques et l'économie. Plus les environnements seront favorables et plus les forces pourront être utilisées.

6.2.1. Environnement physique

L'environnement physique, selon Gottlieb et Gottlieb (2017), est composé par l'espace et le temps. Il peut s'agir de l'habitation, dont la surface peut différer, avec toutes les obligations attenantes telles que les tâches ménagères (ménage, courses, repas...), l'administratif, l'hygiène, le confort (plantes, meubles), les contraintes horaires ainsi que le moyen de transport. Ci-après, quelques exemples de difficultés liées à l'environnement physique :

La surface d'un appartement ou d'une maison peut avoir un impact considérable sur la dynamique et les relations interpersonnelles des membres de la famille. Par exemple, imaginons une famille de quatre personnes habitant dans un deux pièces ou la même famille habitant dans une maison avec un jardin. Les tensions liées aux conséquences de la maladie ne seront pas gérées de la même manière. L'évitement affectif par l'enfant décrit par Backer et al. (2017) et Afezelius et al. (2018), est un exemple. En effet, l'une des stratégies pour un enfant dont le parent est en colère, triste ou irritable est de s'isoler ou d'aller jouer dans sa chambre. Dans la première situation, l'enfant n'aura pas d'endroit sécuritaire pour s'isoler et sera obligé de rester dans la même pièce que son parent alors que cela serait possible dans la deuxième situation. Inversement, certains parents préfèrent s'isoler quand ils sentent qu'une crise s'installe.

Les tâches ménagères sont parfois délaissées, par le parent, du fait de leur maladie et de l'épuisement engendré par celle-ci. Il n'arrive plus à faire face à la symptomatologie et à gérer l'organisation au sein de son domicile, ce qui pousse l'enfant à devoir intervenir et gérer lui-même ces tâches. En effet, Afezelius et al. (2018) et Backer et al. (2017), déclarent, dans leurs résultats, que l'enfant est davantage impliqué dans les tâches ménagères. Par son implication, celui-ci montre une plus grande autonomie que les autres enfants de son âge (Boily et al., 2016). Ils finissent par prendre la place de leurs parents avec un processus de parentification. Comme le mentionnent Afezelius et al. (2018) et Tabak et al. (2016), les enfants finissent par assumer des responsabilités trop lourdes pour leur âge et qui ne correspondent pas à leur développement. Cela se retrouve également en raison de contraintes horaires parfois pénibles pour les parents surtout lorsqu'ils sont malades. Devoir se lever tôt pour réveiller son enfant et l'emmener à l'école n'est pas toujours facile. Cependant, certains enfants comme dans l'étude Backer et al. (2017), ne semblent pas percevoir la responsabilité comme un fardeau, semblant tirer fierté et succès du renversement du rôle.

6.2.2. Environnement relationnel

L'environnement relationnel représente les connexions. L'étude de Backer et al. (2017), montre que le soutien des enfants, qu'il soit issu d'un autre parent, de membres de la famille élargie ou d'amis, est important. Une relation de soutien et d'encouragement familial aide à la qualité de vie des enfants et des parents.

6.2.2.1. Relation avec le parent "malade"

La relation avec le parent malade et la dynamique de celle-ci est l'élément important pour comprendre les enjeux et l'importance de l'accompagnement. Cette connexion a le plus de risque de dysfonctionner et sera le "cheval de bataille" pour éviter à l'enfant de développer des troubles comportementaux, émotionnels et cognitifs dans le futur. Les symptômes impactent négativement la relation entre les parents et les enfants. Par exemple en les laissant plus longtemps à la garderie ou en les confiant à leurs proches pour se reposer. La difficulté d'imposer un cadre éducatif et le manque d'empathie interfèrent également dans cette relation (Boily & al., 2016 ; Van der Ende & al., 2016).

6.2.2.2. Relation avec le parent "sain" et la fratrie

Les enfants ont un grand besoin d'avoir une personne à leur écoute, de soutien affectif et de sécurité (Tabak et al., 2016). Le parent "sain" et la fratrie peuvent être source de soutien à l'enfant et sont des ressources pour soutenir l'enfant et son développement. Le lien fort qu'ils représentent est un facteur protecteur et tuteur de résilience. La fratrie, souvent les enfants plus âgés, joue un rôle protecteur envers les plus petits et assume des responsabilités parentales, notamment, lors de moments de crise du parent "malade" (Boily et al., 2016 ; Murphy et al., 2016).

6.2.2.3. Relation famille élargie, amis et animaux de compagnie

Les membres de la famille élargie peuvent apporter un appui supplémentaire à la famille en la soutenant et l'accompagnant dans l'accomplissement d'actes favorisant le bien-être de la famille. Par exemple, comme le mentionne Backer et al. (2017), les grands-parents sont appréciés parce qu'ils distraient les enfants avec diverses activités et leurs apportent une attention toute particulière et positive.

Il est important de mentionner les amis souvent proches et au contact de l'enfant. Ils lui apportent du soutien et lui offrent une compagnie. L'amitié lui apporte de la joie et lui permet d'être plus heureux dans son quotidien. Les animaux de compagnie sont des êtres tout aussi importants dans l'environnement de l'enfant. Ceux-ci peuvent apporter à l'enfant un divertissement et un confort (Backer et al., 2017).

6.2.3. Environnement social

L'environnement social se situe en partie dans la sphère du macrosystème et en partie dans l'exosystème selon le modèle écologique de Bronfenbrenner (1979), cité par Gottlieb et Gottlieb (2014), (figure 2). Tous les organismes concernés par l'enfant, la famille, la santé mentale, les économistes aux politiques en passant par les professionnels, doivent s'impliquer et se mobiliser pour les enfants à risque, car ils font partie de cet environnement. Ce sont tous des acteurs à différents niveaux de l'environnement de l'enfant qui peuvent influencer son développement et son bien-être. L'environnement social est l'un des facteurs protecteurs pour l'enfant. Il lui permet de s'évader du milieu familial et apporte une ressource. L'importance de la communication entre l'école et la famille est mentionnée par Tabak et al. (2016). Celui-ci intègre l'école et les activités. La convention des droits de l'enfant 1989, ratifiée par la Suisse en 1997, donne l'obligation à l'état d'apporter son aide et son soutien pour *"l'intérêt supérieur de l'enfant...qui ... doit être considéré en priorité lors de toutes les mesures qui concerne les enfants"* (Réseau Suisse des droits de l'enfant, s.d.).

Toutes les familles ne bénéficient pas de l'aide provenant de cet environnement. En effet, sans un soutien extérieur le risque d'une dynamique familiale perturbée peut être augmenté. Sans l'aide d'un professionnel, la personne ou la famille peinerait à identifier ses forces et donc pourrait se sentir démunie face à une situation complexe. Gottlieb et Gottlieb (2014), soutiennent l'importance d'un soutien social par le biais du partenariat de collaboration. Le professionnel pourra aider la famille à percevoir ses forces ainsi que ses ressources afin de développer des capacités et des habiletés pour relever les défis. D'après Gottlieb et Gottlieb (2014) et Gantriis (2019), la relation de soutien et d'encouragement familial aide à la qualité de vie des enfants et des parents.

Rogosch, Mowbray et Bogat (1992), cités par Boily et al. (2016), indiquent que les mères souffrant de troubles psychiatriques qui bénéficient de soutien social et qui favorisent l'adoption d'attitudes adéquates seraient plus présentes envers de leurs enfants, et ainsi développeraient une relation mère-enfant plus saine. Le soutien social favoriserait positivement leur implication dans la scolarité de leurs enfants (Oyserman, Bybee, Mowbray et al., 2002, cités par Boily et al., 2016). Pour finir, l'encouragement, des intervenants, atténuerait le stress et favoriserait une meilleure estime de soi (Corring, 2002 cité par Boily et al., 2016).

Les études de Tabak et al. (2016) et Afezelius et al. (2018), soutiennent que les enfants ont besoin d'accompagnement et d'information de la part du personnel des services de santé mentale et des autres organisations d'aide. Ceux-ci peuvent être une source de soutien, pour les enfants, face aux problèmes de la vie quotidienne. Pour ce faire, ils doivent établir des relations de valeur et de confiance en initiant un soutien régulier et en offrant une variété de soutien comme des réunions familiales, des groupes enfants-parents ou un soutien individuel. Par ailleurs, ils suggèrent un contact plus régulier avec un conseiller ou une infirmière scolaire qui est une force disponible relativement aisée à mobiliser au sein de l'école.

Les participants, parents et enfants des groupes de discussion, ont perçu le rôle des écoles comme un soutien pour l'enfant et une aide pour réduire la stigmatisation. Les parents ont suggéré de renforcer les réseaux d'amitié à l'école afin d'éviter l'isolement. Les enfants et les parents ont souligné la nécessité d'un système éducatif fonctionnel. Un parent atteint d'une maladie mentale a expliqué que la communication entre l'école et la maison pourrait être améliorée afin d'aider lors de situations difficiles (Tabak et al., 2016).

Le soignant, présent et intervenant, fait partie de l'environnement de la famille et contribue à favoriser la guérison par la stabilité de celui-ci (Gottlieb & Gottlieb, 2014).

6.3. Le rôle infirmier

L'institut australien de la santé et du bien-être (2008), cité par Foster, O'brian et Korhonen (2012), affirme que les infirmières constituent le groupe le plus important de l'effectif en santé mentale. Foster et al., (2012), ajoutent qu'elles constituent le premier point de contact des utilisateurs de services de santé et de leur famille lors de leur admission. Elles sont un des rares groupes de professionnelles de la santé qui entretiennent des contacts directs, fréquents et durables. C'est une situation favorable qui crée une relation de confiance élevée. Cette position privilégiée offre une occasion considérable de participer à la mise en œuvre de stratégies de prévention, d'interventions précoces ainsi qu'un soutien aux parents touchés par la maladie mentale, à leurs enfants et leur famille. La prise en soin par des professionnels est importante pour trouver des stratégies de coping, améliorer la résilience et donc améliorer la dynamique familiale. Selon, Boily et al. (2016), une aide pluridisciplinaire, composée de médecins, psychiatres, travailleurs sociaux, psychologues et infirmières, contribue à l'obtention de bonnes conditions pour leur rétablissement, comme le fait d'avoir le soutien d'une personne stable et d'avoir des intervenants disponibles en situation d'urgence.

Les infirmières coordonnent directement le réseau de soutien médico-social et contribuent à éviter ou à surmonter les facteurs de risque liés aux troubles mentaux des parents. De plus, elles mettent en lumière à la fois les besoins et les vulnérabilités de ces familles ainsi que l'importance des réseaux de soutien envers la famille élargie et la communauté (Kornhoen, Vehviläinen-Julkunen & Pietilä, 2008). Notamment, les infirmières scolaires qui participent activement au dépistage, à la promotion de la santé et aux interventions précoces (Puskar & Bernardo, 2007, cités par Tabak et al., 2016). Les enfants, le conjoint et la personne souffrante, sont également des partenaires de choix pour l'infirmière. Par exemple, un professionnel déclare : *"Il y a des situations où l'enfant peut avoir acquis de bonnes compétences en gestion de la situation avant même que vous, le spécialiste, n'arriviez...les enfants peuvent en fait avoir du ressentiment à l'égard des professionnels qui arrivent"* (Tabak et al., 2016, p. 323). D'après Gottlieb et Gottlieb (2017), lors d'un partenariat collaboratif, le pouvoir doit être partagé afin de donner une voix à chaque partie. L'infirmière se doit de permettre aux familles d'exprimer leur vision et d'atteindre leurs objectifs. Les enfants ont le droit, Art. 12, de faire entendre leur opinion et que celle-ci soit prise en considération (Fonds des Nations Unies pour l'Enfance [UNICEF], s.d.).

Les échanges familiaux, sur la maladie mentale, effraient les parents. Effectivement, ils craignent de provoquer des interrogations, auxquelles ils pourraient ne pas se sentir capables de répondre (Wolpert et al., 2015). Selon Tabak et al. (2016), les parents, les enfants et les professionnels indiquent que les enfants de parents atteints de maladie mentale ont besoin de plus d'informations sur la maladie mentale et son pronostic. Afezelius et al. (2018), démontrent que c'est un souhait particulier des parents, touchés par la maladie, afin que leurs proches comprennent la raison pour laquelle ils agissent, parfois, de manière inadaptée. Lorsque l'infirmière apporte des connaissances spécifiques, celle-ci offre à la famille un soutien précieux. Elle guide les parents afin qu'ils aient plus de facilité à répondre aux différents questionnements de leurs enfants en proposant, par exemple, d'adopter un langage adapté à la situation et à l'âge de l'enfant. Des parents témoignent que l'aide reçue, en ce sens, par des professionnels, leur a été bénéfique (Boily et al., 2016).

6.4. Interventions

L'objectif des soignants est d'identifier les besoins des familles. Ceux-ci sont déterminés dans le chapitre des résultats, il s'agit de soutien informatif, émotionnel, de sécurité et de changement. Pour y répondre, il est essentiel que les soignants développent des méthodes d'intervention adaptées. Les lectures préconisent toutes des interventions axées sur la famille et des actions avec une approche préventive (Korhonen et al., 2008).

6.4.1. Nature des interventions

Le fait de suivre une situation de manière précoce, permet d'avoir un impact plus grand sur la sécurité de l'enfant et son bon développement, en effet, plus la situation est prise en soin de manière préventive plus grande sera la résilience. Si les soignants accompagnent et informent les parents de l'importance de la figure d'attachement pour la construction de leur petits et les aident à trouver des stratégies de communication et éducationnelles, les jeunes enfants auront plus de chances de développer un attachement sécurisé. Ces derniers auront davantage de compétences pour la résolution de problèmes, dans les relations interpersonnelles, moins de risques d'anxiété, d'agressivité et plus de chance d'avoir une bonne estime de soi (Bowlby, 1973, 1978, 1984).

Les enfants apprennent en imitant des comportements et reproduisent tout ce que font les parents (Piaget, 1977). Or, si le parent souffrant a des comportements inappropriés, l'enfant grandira en pensant que ce sont les bonnes attitudes à adopter. En conséquence, l'enfant risque de développer des problèmes comportementaux, émotionnels et relationnels, entre autres. De plus, les risques de développer une maladie mentale seront plus élevés que si la situation est accompagnée par des professionnels. En effet, les soignants pourront aider le parent à trouver des stratégies pour expliquer, à son enfant, quels sont les bons comportements ou les bonnes manières de communiquer. Cela réduira les risques pour l'enfant d'être stigmatisé ou de développer lui-même des troubles.

Si ces familles sont laissées à elles-mêmes, la construction de l'enfant sera comme une maison que l'on essaye de construire sur des sables mouvants. D'après Freud (1987), cité par Tourrette et Guidetti (2018), les enfants, à partir de six ans, entrent dans la phase de latence. Les bases de la construction de l'enfant sont établies, il sera donc plus difficile de "déconstruire" des acquis et l'accompagnement sera plus complexe. Chaque membre de la famille influence les autres, l'environnement et inversement, donc, plus l'infirmière intervient de manière systémique plus les chances de changement seront grandes. La souffrance de chacun étant prise en compte, elle pourra être diminuée voire supprimée. Si les bases sont solides, la maison sera stable.

De plus, les structures familiales sont propres à chaque famille et leurs fonctionnements illimités. C'est pour cette raison que les planifications de soins à la famille doivent reconnaître et prendre en compte les besoins et les caractéristiques de chaque membre. Il est important d'établir de quelle façon cette famille "unique" fonctionne (Wahl et al., 2017). En effet, Gottlieb et Gottlieb (2017), disent que l'unicité définit la spécificité de la famille et ce caractère unique est reflété par les forces. Pour Gottlieb et Gottlieb (2014), le soignant doit avoir un regard nouveau à chaque rencontre afin de se protéger des préjugés en lien avec la psychiatrie. Falkov et al. (2016), préconisent, eux aussi, une prise en soin systémique axée sur les forces.

6.4.2. Différents modèles d'interventions dans la littérature

D'après Afezelius et al. (2018), Falkov et al. (2016) et Tabak et al. (2016), le soutien aux familles pour répondre à leurs besoins, se présente sous différentes formes comme des réunions familiales, des groupes enfants-parents ou un soutien individuel, des échanges entre pairs ou des sites internet donnant accès à des informations. Depuis 25 ans, les professionnels et les chercheurs développent une multitude d'interventions. Elles sont souvent préventives ciblant les enfants, leurs parents ou les familles entières. Ils adaptent ces dernières à l'âge de l'enfant ou du groupe (Falkov et al., 2016).

6.4.2.1. Exemples de programmes interventionnels dans les études

Les résultats de la revue de littérature ont permis de mettre en évidence des interventions qui fonctionnent, notamment, des programmes permettant de répondre aux besoins des familles dont certains sont présentés ci-dessous. Il est à noter l'utilisation de groupes par tranches d'âges ou par pairs, par thèmes et d'outils de communication liés à l'âge des enfants.

6.4.2.1.1. Kidstime

Les ateliers Kidstime ont un impact pour faciliter les discussions à propos de sujets sensibles et pour réduire les tensions, résultant de malentendus ou d'une mauvaise interprétation, pouvant avoir un effet négatif sur la relation parent-enfant. Ils offrent un apprentissage en lien avec la santé mentale qui contribue à réduire la stigmatisation et à dissiper les "mythes". Les professionnels installent un environnement de confiance, un climat de sécurité et des conditions favorables au partage pour les enfants de tous âges comme pour les adultes (Wolpert et al., 2015).

6.4.2.1.2. MHPPP

Un programme d'intervention peut être mis en place, comme le MHPPP de l'article de Phelan et al. (2012). Celui-ci est efficace, et a un impact pour les parents qui utilisent des stratégies dysfonctionnelles, telles que le laxisme, l'agressivité, l'irritabilité envers leurs enfants. En effet, l'étude montre une diminution significative du comportement laxiste et sur-réactif, du manque de clarté et de concision dans le langage et l'approche des parents envers leurs enfants ($P < 0,001$). La diminution des stratégies dysfonctionnelles est essentielle afin de créer un environnement favorable et stimulant pour l'enfant.

6.4.2.1.3. In my shoes

In my shoes (IMS) est un outil informatique pour des entretiens semi-structurés. Il permet de communiquer avec des adultes vulnérables et des enfants à partir de l'âge de quatre ans. Ce moyen de communication fournit un support visuel et verbal permettant de choisir et d'identifier des membres de la famille et des émotions ressenties. Ce processus est accompagné de questions ouvertes qui permettent aux enfants ou adultes vulnérables de donner leur point de vue (Bacher et al., 2017).

6.4.2.1.4. Modèle d'intervention selon Gottlieb

Gottlieb et Gottlieb (2014), propose un modèle d'intervention en quatre phases, développé dans le chapitre 3, pour guider la pratique infirmière comme un fil rouge qui permet au soignant d'accompagner la personne ou la famille d'après leur philosophie. Dans un premier temps, il s'agit d'apprendre à connaître la famille, de découvrir ses forces et établir un lien de confiance. Ensuite, il permet de mettre en place des objectifs, en partenariat avec la personne ou la famille, puis de les réaliser ou les ajuster. Pour finir, l'infirmière et la personne ou famille évaluent les résultats d'après ce qui était attendu et reprennent le processus à un stade dépendant de la réussite ou non de ces derniers.

6.4.2.1.5. Ce qui se fait au Biceps

Le Biceps, association mentionnée dans le chapitre "état des connaissances" offre un accompagnement aux enfants dont un parent est aux prises avec une maladie mentale. Suite à une demande venant d'un membre de la famille ou d'une organisation, un premier rendez-vous est effectué avec l'enfant et son/ses parent/s. De plus, trois rendez-vous sont organisés avec l'enfant uniquement. Les psychologues explorent la compréhension de la maladie par l'enfant et quelles stratégies celui-ci utilise afin d'orienter une prise en soin ciblée en fonction de ses besoins et ses attentes. Ensuite, des groupes sont proposés afin de parler de la maladie parentale et aider l'enfant à mettre des mots dessus, d'amener de l'énergie et du dynamisme à l'enfant. C'est une force pour améliorer la dynamique familiale, renforcer les stratégies bénéfiques et éliminer les fausses représentations. Le premier groupe, hebdomadaire, est composé d'enfants de 7 à 11 ans. C'est un moment de rencontre pour les enfants qui vivent avec une maladie mentale parentale.

Plusieurs scénarios de familles imaginaires sont mis en place par les enfants afin d'en discuter et pouvoir exprimer sur les émotions ressenties lors de diverses situations parfois gênantes pour eux. Les deux autres groupes ciblent des adolescents pour l'un et de jeunes adultes pour l'autre. La configuration y est différente selon la maturité et les possibilités cognitives de chacun. Si l'une des psychologues remarque un individu à risque, elle appelle un pédopsychiatre et c'est le SPMI qui agit.

6.4.2.2. Éducation thérapeutique

L'apprentissage est nécessaire à la survie, au changement, ainsi qu'à la croissance. Il implique l'acquisition de connaissances, de compétences et d'aptitudes préalables à celui-ci (Gottlieb & Gottlieb, 2017). Les connaissances que la personne aura acquises lors de son apprentissage lui permettront de prendre des décisions en matière de santé et d'évoluer dans un environnement propice au bien-être de tous les membres de la famille. Les enfants auront les outils nécessaires pour se développer au mieux et les parents pour s'occuper de leurs enfants de manière bienfaisante.

6.4.3. Buts des interventions

Les interventions servent à générer des changements constructifs dans des situations à risque et à améliorer le fonctionnement de la famille pour soutenir le développement de l'enfant. Elles sont efficaces lorsque la famille y répond positivement, facilitées par la concordance entre les interventions et la structure biopsychosociale et spirituelle des membres de la famille (Wright & Leahey, 2013). De plus, des professionnels de divers pays déclarent que les enfants avec des parents atteints d'une maladie mentale ont besoin d'interventions ciblées et d'un soutien accru pour faire face au stress, pour résoudre les problèmes et se voir retirer toutes responsabilités inacceptables pour un enfant (Tabak et al., 2016).

L'attention portée aux enfants n'est pas un choix mais c'est un devoir inscrit dans le Code civil suisse. Les parents doivent élever, en fonction de leurs possibilités, leur enfant de manière à "... favoriser et protéger son développement corporel, intellectuel et moral" (Art. 302, CC). L'autorité de protection de l'enfance se doit de le rappeler aux parents et d'agir si l'enfant est en danger. Si tel est le cas, ils se doivent d'intervenir en collaboration avec les tribunaux de l'adulte et de l'enfant qui pourraient décider de retirer les enfants aux parents (CC ; RS 210).

Les différentes interventions, évoquées précédemment, aident à diminuer le sentiment d'isolement, favorisent des discussions plus ouvertes. Elles ont pour objectif de soutenir l'estime de soi et de diminuer l'inquiétude ou la colère des enfants (Afezelius et al., 2018 ; Wolpert et al., 2015).

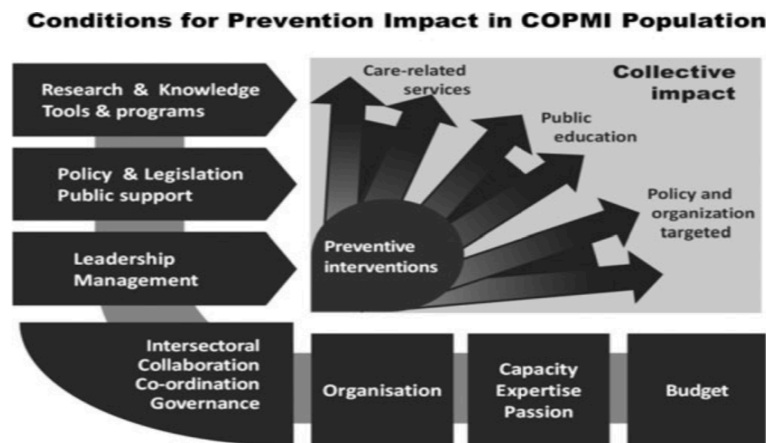
Intervenir auprès des enfants est une priorité mais il s'agit d'accompagner les autres membres de la famille. En effet, les interventions soutiennent également leur bien-être et la guérison du parent souffrant.

6.4.4. Implémentation des interventions dans la pratique

Il existe beaucoup de citoyens, de décideurs, de professionnels de la santé, de services publics, d'organisations et d'autres intervenants potentiels qui pourraient faire une différence mais qui ne sont pas conscient des besoins de ces familles vulnérables ou qui ne reconnaissent pas leur importance. Il est nécessaire de commencer par informer tous ces acteurs grâce à la prévention primaire au sein de la communauté.

Les programmes de promotion et de prévention présentés indiquent que certaines conditions sont nécessaires (figure 4). La disponibilité de la recherche, du gouvernement, des politiques, du juridique, des intervenants, des installations organisationnelles, du personnel, des budgets et du leadership sont essentielles pour élaborer et mettre en place des programmes efficaces et pour obtenir des effets importants en santé mentale publique (Hosman, 2013, cité par Falkov et al., 2016). Ces conditions sont schématisés ci-dessous, dans la figure 4, comme facteurs à l'origine des interventions de promotion et de prévention de la santé mentale. Ces interventions sont axées sur le public, les politiques et les organisations.

Figure 4. Les conditions propices à la prévention envers la population COPMI



Tiré de : Falkov et al., 2016

Les niveaux et types de besoins des familles touchées par la maladie mentale sont vastes et touchent de nombreux services en matière de scolarité, de santé et de social (McLaughlin et al., 2012, cités par Falkov et al., 2016). De ce fait, il est nécessaire de regarder au-delà des prestataires de services individuels et d'adopter une perspective plus large (Owen, 2010, cité par Falkov et al., 2016).

Le programme CAMILLE, largement exposé par Tabak et al. (2016), relevé par Falkov et al. (2016), met au point un nouveau cours de formation européen visant à améliorer la sensibilisation et les compétences des professionnels travaillant avec les familles touchées par la maladie mentale.

Falkov et al. (2016), mettent en évidence l'importance, au niveau mondial, d'un partenariat entre les chercheurs, les cliniciens, les organisations non gouvernementales et les autorités nationales, qui permettrait la mise en œuvre systématique d'interventions fondées sur les données probantes pour le bien-être de tous les enfants et familles dans le besoin restant confrontées à de nombreux défis. Ils évoquent, en Australie, la mise en place d'un groupe de coordonnateurs ou agents de changement pour travailler dans les secteurs des professionnels en santé mentale et des services partenaires afin de renforcer leurs capacités par l'éducation et la formation. Ils aident à élaborer des procédures pour améliorer l'identification, la mise en place d'interventions familiales fondées sur des données probantes et l'accès au soutien de ces dernières.

De plus, une initiative d'élaboration de normes pour la pratique des professionnels de la santé mentale a été proposée afin de répondre aux besoins des familles dont un parent est atteint d'une psychopathologie (Falkov et al., 2016).

6.4.4.1. Implémentation de la philosophie de Gottlieb

Gottlieb et Gottlieb (2017), proposent un processus, en deux phases, pour changer la pratique infirmière. Il s'agit d'une approche à plusieurs niveaux et plusieurs volets. Elle fait participer de nombreux intervenants pour sa mise en œuvre comme les patients, leur famille, les cliniciens, les éducateurs, les dirigeants, les gestionnaires, les chercheurs, les syndicats, les leaders d'opinion et les décideurs tant dans le secteur des soins infirmiers que de l'éducation et du milieu social. C'est lorsque ces intervenants uniront leurs forces, agiront en synergie, se mobiliseront et tireront parti de leurs forces respectives qu'il se produira un changement.

La phase une, de pré-engagement et pré-adoption, comprend trois étapes. La première consiste à faire connaître un nouveau paradigme, une nouvelle idée ou approche, autrement dit de sensibiliser. La deuxième étape est l'apprentissage ou l'approfondissement de la compréhension sous forme de lectures ou forums sur l'ASFF. La dernière étape propose d'essayer, de tester. Certaines infirmières, avant d'adopter pleinement cette nouvelle philosophie, préfèrent mettre à l'essai quelques caractéristiques de l'ASFF et approuver ou rejeter ses idées. Ensuite, la phase deux est un point de contact important dans la mise en pratique et implique l'engagement et l'élargissement des parties prenantes à tous les niveaux du système.

7. CONCLUSION

En conclusion, cette revue de littérature a permis de démontrer que les familles, dont un parent est atteint d'un trouble psychique, souffrent et que les risques pour les enfants sont considérables. Elle a, également, permis de mettre en évidence les besoins des membres de la famille et des enfants.

Plusieurs aspects sont à considérer afin de pouvoir fournir un accompagnement individualisé comme la dynamique de la famille, l'environnement dans lequel celle-ci évolue et le rôle que peut jouer l'infirmière. Grâce à la philosophie proposée par Gottlieb et la littérature, il est possible de répondre à la question de recherche initiale en affirmant que l'intervention axée sur la famille, dans le cadre de la problématique exposée en début de travail, est celle qui apporte les meilleurs résultats et la plus grande résilience de tous les individus.

Ci-dessous sont exposés les limites et les apports de cet écrit ainsi que les recommandations pour la recherche, l'enseignement et la pratique.

7.1. Apports et limites du travail

L'élaboration de ce travail nous a aidées à acquérir et à développer des connaissances spécifiques sur le sujet abordé. Ces compétences acquises nous permettront d'interagir avec la population cible et les familles dans notre vie professionnelle future. La production de cet écrit nous a également aidé à apprivoiser la méthodologie de la recherche, à réaliser une revue de littérature, à apprendre à faire une lecture critique des articles scientifiques et ainsi pouvoir les trier selon la pertinence de ces derniers. Finalement, ce travail nous a permis de collaborer, de manière bienveillante et respectueuse. Nous avons pu mettre en commun nos compétences respectives dans un but commun, cet écrit.

Cependant, nous avons été confrontées à certaines limites. Tout d'abord, la barrière de la langue, l'anglais, nous a posé problème pour la compréhension de certaines caractéristiques exposées par les auteurs, ce fut un défi à relever qui nous a apporté une meilleure compréhension des termes anglais spécifiques à cette thématique.

De plus, les auteurs utilisent fréquemment des termes subjectifs peu développés dans leur étude de par l'aspect qualitatif et la perception des personnes interrogées. Il s'agit également d'une force de ce travail que de s'appuyer sur la perception des parties prenantes. Certains termes mériteraient malgré tout d'être définis pour éviter des biais d'interprétation.

Ensuite, la majorité des données épidémiologiques sont de 2009, donc peu récentes et aucune donnée spécifique pour la Suisse, ce que nous regrettons. Par ailleurs, le faible échantillonnage de certaines études ne permet pas de généraliser à la population. Les auteurs recommandent régulièrement de refaire l'étude avec un plus grand échantillon mais nous n'avons pas ou peu trouvé de tels articles. Au surplus, les participants ou leurs parents n'ont pas tous reçu un diagnostic, idem pour les données épidémiologiques. De ce fait, il reste une large population non prise en compte.

Pour finir, l'échelle de l'âge des enfants est souvent très large et va parfois même jusqu'à l'adolescence. Or, cette période de la vie présente une complexité et un travail similaire ciblant les besoins et les risques concernant les adolescents serait souhaitable.

7.2. Recommandations

Selon Falkov et al. (2016), les approches pour l'élaboration d'une stratégie à long terme, en matière de santé mentale axée sur les familles, comprennent : la sensibilisation de l'ensemble de la communauté pour s'attaquer aux disparités dans la mauvaise santé des individus et promouvoir la santé mentale des familles ; améliorer les bases de données probantes pour les enfants et les familles ayant un parent atteint d'un trouble mental sévère ; former les praticiens sur des données probantes, les besoins des enfants ainsi que la problématique pour favoriser leur prise en soin. Des portes paroles peuvent venir dans les services pour aider les soignants à avoir une prise en soin uniformisée ; soutenir les partenariats stratégiques afin de renforcer leur capacité à réaliser une mise en œuvre de programmes de prévention efficaces. Ils affirment que, pour convaincre les parties prenantes de l'intérêt d'investir dans la mise en œuvre d'interventions à grande échelle, il sera essentiel de comprendre les avantages sociaux et économiques, à court et à long terme, associés aux interventions axées sur la famille et d'en tirer des enseignements.

7.2.1. Pratique

Dans un premier temps, il s'agit de sensibiliser la communauté sur la thématique de la maladie mentale parentale. Puis prévoir des procédures systématiques d'identification précoce des enfants à hauts risques dans tous les services ou lieux susceptibles de recevoir un membre de ces familles. Ensuite, les soignants doivent pouvoir proposer des accompagnements individualisés axés sur la famille et ses forces, particulièrement sous forme de groupes de pairs ou par âge pour les enfants qui apprécient la possibilité de se familiariser avec la maladie de manière ludique (Wolpert et al., 2015). Il apparaît cependant, que certains parents ont des craintes à s'engager dans des interventions en lien avec la stigmatisation et les attentes d'autres participants. Un des facteurs de motivation à s'engager et sur lequel le soignant peut s'appuyer, est la prise en compte des besoins de leurs enfants (Wolpert et al., 2015). De plus, les soignants doivent offrir un apport théorique en lien avec les pathologies et utiliser des méthodes de communication adaptées à chaque situation, par exemple, à l'aide de supports visuels pour les plus jeunes enfants. Finalement, la pratique doit être uniformisée tout en gardant la souplesse pour ajuster les actions infirmières aux réalités des familles.

Il existe des obstacles auxquels l'infirmier devra être attentif pour pouvoir créer un lien de confiance lors de la prise en soin. D'abord, les patients ne sont pas tous conscients de leur maladie et l'impact que celle-ci peut avoir sur leurs enfants. Cela peut être une entrave à la prise en soin axée sur la famille (Maybery & Reupert, 2006). Ensuite, les intervenants axés sur le patient et sa maladie peuvent négliger le contexte de la maladie, l'impact que la maladie peut avoir sur la famille et l'impact que la famille peut avoir sur la maladie. Certains professionnels se concentrant uniquement sur les problèmes du patient pourraient ne pas identifier les points forts des individus et de leur famille, ainsi que les défis auxquels ils peuvent faire face. En outre, ils affirment avoir une limitation au niveau du temps, des ressources, signalent également avoir un faible niveau de connaissances et de compétences concernant la parentalité et la relation d'aide soignant-enfant (Foster et al., 2012).

Lors des lectures et au cours de la formation en soins infirmiers, nous avons relevé que ce travail apporte des éléments qu'il est possible de mettre en lien avec différentes situations familiales comme par exemple les familles dont l'un des membres est touché par une maladie chronique, un handicap ou encore lors de violences familiales.

À Genève, il s'agirait de commencer par mettre en place une intervention dans un service et d'en prouver les bénéfices afin que celle-ci puisse être implémentée dans tous les endroits nécessaires que ce soit pour l'identification des familles à risque ou pour la prise en soin de celles-ci. Nous recommandons le site de Belle-Idée, des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), qui est central à la majorité des situations psychiatriques sur le canton. En effet, lors de l'accueil, il faudrait systématiquement inscrire dans le dossier les informations concernant le conjoint et surtout les enfants. Et proposer, régulièrement, un espace pour la famille tout au long de la prise en soin voire instaurer des groupes hebdomadaires dans lesquels les soignants auraient la possibilité d'inscrire les enfants et/ou le conjoint. Pour la faisabilité, il faudrait au préalable être en accord avec les assurances pour que le service soit pris en charge.

7.2.2. Recherche

L'étude de Falkov et al. (2016), met en avant l'importance d'améliorer les bases de données probantes ou de bonnes pratiques pour les enfants et les familles ayant un parents atteint d'un trouble mental sévère. Dans un premier temps, il serait important de pouvoir recenser le nombre de parents ayant un trouble psychiatrique ou maladie chronique et le nombre d'enfants vivant avec un parent malade. Il faudrait aussi faire une étude sur les risques que l'enfant développe une psychopathologie et ceci en Suisse, mais aussi en Europe. Ces chiffres représenteraient une force pour proposer ou implémenter de nouvelles pratiques ou procédures spécifiques pour ces populations. Par la suite, il faudrait effectuer une étude sur le terrain, afin d'explorer les interventions actuelles en Suisse, voire en Europe et étudier celles qui apportent des résultats bénéfiques. De ce fait, ces études pourraient proposer des interventions centrées sur la famille comme énoncé dans la discussion afin de les appliquer d'abord à petite échelle aux hôpitaux genevois et évaluer ensuite leur efficacité.

7.2.3. Enseignement

La lecture des articles met en évidence le manque de cours ou de formation concernant la problématique des questions de la vie familiale en contexte de maladie mentale pour les infirmiers.

Les professionnels qui travaillent avec des parents atteints d'une maladie mentale devraient être sensibilisés aux conséquences spécifiques pour les enfants qui sont éprouvés par des problèmes de santé mentale dans la famille (Tabak & al. 2016). Pour Korhonen et al. (2008), les questions sur la vie familiale ne font pas partie du rôle infirmier de base, mais les infirmiers peuvent le développer au cours de leur pratique. Pourtant, il est important d'intégrer ce concept dans la formation des soins infirmiers comme le souligne Gottlieb. L'enseignement au niveau initial et continu, doit intégrer la formation des praticiens sur les données probantes, les besoins des enfants ainsi que la problématique pour favoriser leur prise en soin comme le préconise Falkov et al., 2016.

RÉFÉRENCES

- Action Intersectorielle pour le développement des enfants et leur sécurité (2017). *Analyse des besoins de l'enfants*. Accès <https://initiativeaides.ca/?project=analyse-des-besoins-de-lenfant>
- Afzelius, M., Plantin, L. & Östman, M. (2018). Families living with parental mental illness and their experiences of family interventions. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 25(2), 69-77. <https://doi.org/10.1111/jpm.12433>
- Ainsworth, M. D., Blehar, M. C., Waters, E. & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A Psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Anaut, M. (2005). Le concept de résilience et ses applications cliniques. *Recherche en soins infirmiers*, 3(82), 4-11. <https://doi.org/10.3917/rsi.082.0004>
- Backer, C., Murphy, R., Fox, J. R. E., Ulph, F. & Calam, R. (2017). Young children's experiences of living with a parent with bipolar disorder : Understanding the child's perspective. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 90(2), 212-228. <https://doi.org/10.1111/papt.12099>
- Boily, M., Tremblay, G., St-Onge, M. & Héon, N. (2016). Déterminants sociaux de la santé et exercice de la parentalité : regard sur le vécu des parents ayant un trouble mental. *Intervention*, 143, 85-101. Accès http://www.revueintervention.org/sites/default/files/pdfs/intervention_143_determinant_sociaux_0.pdf
- Bonnot, O. (2007). Troubles psychiatriques des parents et santé mentale de l'enfant, pp.1-8. Accès <http://speapsl.aphp.fr/pdfpublications/2007/2007-11.pdf>
- Boyer, P., Crocq, M.-A., Guelfi, J.D., Pull, C. & Pull-Erpelding, M.-C. (2016). *Mini DSM-5 CRITÈRES DIAGNOSTIQUES* (3e éd.). Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson SAS.

- Bowlby, J. (1973). *Attachement et perte, vol. 1* : Paris: Éditions Presse Universitaire de France.
- Bowlby, J. (1978). *Attachement et perte, vol. 2 : Séparation, anxiété et peur*. Paris: Éditions Presse Universitaire de France.
- Bowlby, J. (1984). *Attachement et perte, vol. 3 : La perte*. Paris: Éditions Presse Universitaire de France.
- Bürli, C., Amstad, F., Duetz Schmucki, M. & Schibli, D. (2015). *Santé psychique en Suisse – État des lieux et champs d'action*. Berne: Office fédéral de la santé publique.
- Bruchon Schweitzer, M. (2001). Concepts, stress, coping. *Recherche en soins infirmiers*. (67). 68-83. Accès <http://www.irepspdl.org/docs/Fichier/2015/2-150316040214.pdf>
- Chabrol, H. & Callahan, S. (2018). *Mécanismes de défense et coping*. Paris : Dunod Confédération Suisse. (2019). *Code civil suisse*. Accès <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19070042/index.html#a300>
- Cooklin, A. (2010). 'Living upside down': Being a young carer of a parent with mental illness. *Advances in Psychiatric Treatment*, 16(2), 141-146. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.108.006247>
- Cyrlunik, B. (2012). *Sauve-toi, la vie t'appelle*. Paris: Odile Jacob
- Dumont, M., Plancherel, B. (2001). *Stress et adaptation chez l'enfant*. Canada : Presses de l'Université du Québec
- Courtinat, E. (s. d.). *La préoccupation maternelle primaire 1956 Donald Wood WINNICOTT*. Accès <https://docplayer.fr/226760-Courtinat-elisabeth-la-preoccupation-maternelle-primaire-1956-donal-wood-winnicott.html>

Falkov, A., Goodyear, M., Hosman, C. M. H., Biebel, K., Skogøy, B. E., Kowalenko, N., ... Re, E. (2016). A systems approach to enhance global efforts to implement family-focused mental health interventions. *Child & Youth Services*, 37(2), 175-193.

<https://doi.org/10.1080/0145935X.2016.1104104>

Fawcett, J. & Desanto-Madeya, S. (2012). *Contemporary nursing knowledge: analysis and evaluation of nursing models and theories* (3e ed.). Philadelphia: F.A. Davis.

Fonds des Nations Unies pour l'Enfance [UNICEF]. (s.d). *Convention de l'ONU relative aux droits de l'enfant Version condensé*. Accès

<http://www.netzwerk->

[kinderrechte.ch/fileadmin/nks/krk/07%20CH%20unicef%20krk_kurfassung_fr.pdf](http://www.netzwerk-kinderrechte.ch/fileadmin/nks/krk/07%20CH%20unicef%20krk_kurfassung_fr.pdf)

Foster, K., O'Brien, L. & Korhonen, T. (2012). Developing resilient children and families when parents have mental illness: A family-focused approach. *International Journal of Mental Health Nursing*, 21(1), 3-11. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2011.00754.x>

Gantriis, D. L., Thorup, A. A. E., Harder, S., Greve, A. N., Henriksen, M. T., Zahle, K. K., ... Bliksted, V. (2019). Home visits in the Danish High Risk and Resilience Study – VIA 7 Assessment of the home environment of 508 7-year-old children born to parents diagnosed with schizophrenia or bipolar disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. <https://doi.org/10.1111/acps.13057>

Gottlieb, L. N. & Gottlieb, B. (2014). *Les soins infirmiers fondés sur les forces: la santé et la guérison de la personne et de la famille*. Bruxelles: De Boeck.

Gottlieb, L. N. & Gottlieb, B. (2017). Strengths-Based Nursing: A Process for Implementing a Philosophy Into Practice. *Journal of Family Nursing*, 23(3), 319-340. <https://doi.org/10.1177/1074840717717731>

- Guédénéy, A. & Dugravier, R. (2006). *Les facteurs de risque familiaux et environnementaux des troubles du comportement chez le jeune enfant : une revue de la littérature scientifique anglo-saxonne*. *La psychiatrie de l'enfant*, 49(1), 227-278.
- Hosman, C. M. H., Doesum, K. T. M. & Van Santvoort, F. (2009). Prevention of emotional problems and psychiatric risks in children of parents with a mental illness in the Netherlands : I. The scientific basis to a comprehensive approach. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 8(3), 250-263. <https://doi.org/10.5172/jamh.8.3.250>
- Korhonen, T., Vehviläinen-Julkunen, K., & Pietilä, A.-M. (2008). Implementing child-focused family nursing into routine adult psychiatric practice : Hindering factors evaluated by nurses: Implementing CF-FN into routine adult psychiatric practice. *Journal of Clinical Nursing*, 17(4), 499-508. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.02008.x>
- Lemay, M. (2014). *Forces et souffrances psychiques de l'enfant : I - Le développement infantile*. Toulouse : Éditions érès.
- Maybery, D. J., Reupert, A. E., Patrick, K., Goodyear, M. & Crase, L. (2009). Prevalence of parental mental illness in Australian families. *Psychiatric Bulletin*, 33(1), 22-26. <https://doi.org/10.1192/pb.bp.107.018861>
- Maybery, D., & Reupert, A. (2006). Workforce capacity to respond to children whose parents have a mental illness. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(8), 657-664. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2006.01865.x>
- McGill Ingram School of Nursing. (2019). *Laurie Gottlieb*. Accès <https://www.mcgill.ca/nursing/about/faculty/faculty-directory/laurie-gottlieb>
- McHale, J. P. (1995). Coparenting and triadic interactions during infancy: The roles of marital distress and child gender. *Developmental Psychology*, 31(6), 985-996. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.31.6.985>

- Möhring, P., (2006) Dynamique et thérapie familiale psychanalytique, Summary, Resumen. *Le Divan familial*, n° 17 (2006): 113-33. <https://doi.org/10.3917/difa.017.0113>.
- Murphy, G., Peters, K., Wilkes, L. M. & Jackson, D. (2016). Adult Children of Parents with Mental Illness: Losing Oneself. Who am I? *Issues in Mental Health Nursing*, 37(9), 668-673. <https://doi.org/10.1080/01612840.2016.1178359>
- Paulhan, I. (1992). Le concept de coping. *L'année psychologique*. 92 (4), 545-557. <https://doi.org/10.3406/psy.1992.29539>
- Pépin, J., Kérouac, S. & Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière* (3e éd.). Montréal : Chenelière éducation inc.
- Pépin, J., Kérouac, S. & Ducharme, F. (2017). *La pensée infirmière* (4e éd.). Montréal : Chenelière éducation inc.
- Phelan, R. F., Howe, D. J., Cashman, E. L. & Batchelor, S. H. (2012). Enhancing parenting skills for parents with mental illness: the Mental Health Positive Parenting Program. *The Medical Journal of Australia*, 199(3), S30-33. doi: 10.5694/mjao11.11181
- Piaget, J. (1977). *The development of thought : Equilibration of cognitive structures*. New York : Viking.
- Protection de l'enfance Suisse.(2019). *Les enfants de parents souffrant de troubles psychiques*. Accès <https://www.kinderschutz.ch/fr/les-enfants-de-parents-souffrant-de-troubles-psychiques.html>
- Reupert, A., Cuff, R., Drost, L., Foster, K., Doesum, K. & van Santvoort, F. (2013). Intervention programs for children whose parents have a mental illness : A review. *The Medical journal of Australia Open*. <https://doi.org/10.5694/mjao11.11145>

Réseau suisse des droits de l'enfant. (s.d.). *Convention et protocoles relatifs aux droits de l'enfant*. Accès

<http://www.netzwerk-kinderrechte.ch/index.php?id=16&L=1>

Schuler, D. & Burla, L. (2012). *La santé psychique en Suisse*. Accès

https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/obsan_52_rapport.pdf

Sturzbecher D. & Dietrich P. S. (2007). *Risiko- und Schutzfaktoren in der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen*. Accès

http://www.psychologie-aktuell.com/fileadmin/download/kuv/KuV-1-2007_20100803.pdf

Tabak, I., Zabłocka-Żytka, L., Ryan, P., Poma, S. Z., Joronen, K., Viganò, G., ... Dawson, I. (2016). Needs, expectations and consequences for children growing up in a family where the parent has a mental illness. *International Journal of Mental Health Nursing*, 25(4), 319-329. <https://doi.org/10.1111/inm.12194>

Tereno, S., Soares, I., Martins, E., Sampaio, D. & Carlson, E. (2007). La théorie de l'attachement : son importance dans un contexte pédiatrique, Summary. *Devenir*, 19(2), 151 -188. <https://doi.org/10.3917/dev.072.0151>.

Tourrette, C. & Guidetti, M. (2018). *Introduction à la psychologie du développement : Du bébé à l'adolescent*. Malakoff : Dunod.

Van der Ende, P., Korevaar, L., van Busschbach, J. T., & Wiersma, D. (2011). Ouders met ernstige psychische aandoeningen; epidemiologische gegevens. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 53(11), 851-856. Accès https://research.hanze.nl/ws/portalfiles/portal/7625698/01.TvP11_11_p851_856_1_.pdf

Van der Ende, P. C. , Van Busschbach, J. T, Nicholson, J., Korevaar, E. L. & Weeghel, J. van. (2016). Strategies for parenting by mothers and fathers with a mental illness. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 23(2), 86-97. <https://doi.org/10.1111/jpm.12283>

- Vinay, A. & Zaouche-Gaudron, C., (2017). *Psychologie de la famille*. Malakof : DUNOD.
- Wahl, P., Bruland, D., Bauer, U., Okan, O. & Lenz, A. (2017). What are the family needs when a parent has mental health problems? Evidence from a systematic literature review. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 30(1), 54-66.
<https://doi.org/10.1111/jcap.12171>
- Wolpert, M., Hoffman, J., Martin, A., Fagin, L. & Cooklin, A. (2015). An exploration of the experience of attending the Kidstime programme for children with parents with enduring mental health issues: Parents' and young people's views. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 20(3), 406-418.
<https://doi.org/10.1177/1359104514520759>
- Wright, L.M. & Leahey, M. (2013). *L'infirmière et la famille : guide d'évaluation et d'intervention (4e éd.)*. Montréal : Pearson.

ANNEXES

Annexe I : Dimensions épidémiologiques

Prévalences, d'après Bonnot (2007) les conséquences pour les enfants, selon les pathologies		
Pathologies	Enfants	Parents
Troubles bipolaires	Le risque est 4 fois supérieur à la population normale de développer tout au long de sa vie des troubles bipolaires.	Si l'un des deux parents présente cette pathologie et surtout si l'un des parents a été diagnostiqué avant 25 ans.
Troubles psychotiques	Les enfants de sujets schizophrènes ont un risque de 2 à 9% de développer des troubles psychotiques.	Le risque apparaît supérieur si la mère est schizophrène.
Troubles anxieux	Les enfants de parents anxieux sont plus à risque de développer un trouble anxieux durant toute leur vie. Pour les préadolescents la prévalence est d'un peu moins de 9% .	
Dépression	Selon les études, la prévalence de la dépression chez l'adolescent est de 0,4 à 8,3% .	Les études chez l'adulte, chez l'enfant et chez l'adolescent ont montré l'importance des formes familiales de dépression ainsi l'héritabilité moyenne est de 15 à 25 % .

Annexe II : Dix catégories de forces à l'usage des soignants

Catégories		Caractéristiques particulières
1	Sagesse et forces spirituelles	<ul style="list-style-type: none"> ❑ Reliées à l'âge : les personnes âgées sont plus sages, les jeunes plus irréfléchis
2	Force émotionnelle	<p>Exemples : persévérance, introspection, optimisme, mise en perspective des troubles, recherche de buts et de significations à la vie, espoir, foi, amour de la vie</p> <ul style="list-style-type: none"> ❑ Relié à une bonne santé mentale
3	Force de caractère	<p>Exemples : intégrité, honnêteté, discipline, courage, persévérance → Relié à la satisfaction qu'on tire de la vie et du bonheur</p>
4	Force créative	<p>Exemples : capacité d'apprécier l'art, de s'exprimer par l'écriture, par la voix ou par d'autres moyens artistiques</p> <ul style="list-style-type: none"> ❑ Cette force va au-delà des idées novatrices ou d'une pensée originale et productive
5	Force découlant de la capacité de nouer des relations et de pouvoir répondre aux besoins d'autrui	<p>Exemples : capacité de former des relations significatives avec les autres, de communiquer, de combler les besoins d'autrui, de montrer de la compassion ; esprit de coopération, tolérance, empathie, miséricorde, amour et gentillesse</p>
6	Force découlant de l'instruction	<p>Exemples : acquisition de diplômes universitaires, performance scolaire, éducation familiale</p>
7	Forces cognitives	<p>Exemples : capacité de résoudre des problèmes, de prendre des décisions, de penser et de raisonner</p>
8	Forces relatives au travail et aux qualités d'un pourvoyeur	<p>Exemples : capacité de trouver un emploi, de subvenir aux besoins de sa famille, de générer de la richesse</p>
9	Forces découlant de l'utilisation des ressources	<p>Exemples : utilisation des réseaux sociaux, accès aux services communautaires</p>
10	Forces découlant des compétences de survie	<p>Exemples : capacité de prévenir la douleur et de combler ses besoins de base physiologiques et en matière de sécurité</p> <ul style="list-style-type: none"> ❑ Relié à l'état de santé

Gottlieb & Gottlieb (2014), p.126, adaptation de Smith (2006)

Annexe III : Classification des forces de caractère

Catégories		Définition	Forces particulières
1	Sagesse et connaissances	Forces cognitives qui impliquent l'acquisition et l'utilisation des connaissances	<input type="checkbox"/> Curiosité <input type="checkbox"/> Ouverture d'esprit <input type="checkbox"/> Passion d'apprendre <input type="checkbox"/> Perspective (sagesse)
2	Courage	Force émotionnelle qui implique la volonté d'atteindre ses buts, malgré une opposition interne ou externe	<input type="checkbox"/> Bravoure <input type="checkbox"/> Persistance <input type="checkbox"/> Intégrité <input type="checkbox"/> Vitalité
3	Humanité	Force interpersonnelle qui implique un sentiment de bienveillance et de compassion pour ses semblables	<input type="checkbox"/> Amour <input type="checkbox"/> Gentillesse <input type="checkbox"/> Intelligence sociale
4	Justice	Force découlant du civisme, qui sous-tend une vie saine au sein de la communauté	<input type="checkbox"/> Esprit citoyen <input type="checkbox"/> Équité <input type="checkbox"/> Leadership
5	Tempérance	Force qui protège contre les excès	<input type="checkbox"/> Miséricorde et pitié <input type="checkbox"/> Humilité et modestie <input type="checkbox"/> Prudence <input type="checkbox"/> Autorégulation
6	Transcendance	Force qui permet de nouer des liens avec le vaste univers et de construire de nouvelles significations	<input type="checkbox"/> Appréciation de la beauté et de l'excellence <input type="checkbox"/> Gratitude <input type="checkbox"/> Espoir, optimisme, vision de l'avenir <input type="checkbox"/> Humour <input type="checkbox"/> Spiritualité

Gottlieb & Gottlieb (2014), p.125, adaptation de Peterson et Seligman

Annexe IV : Principales forces qui favorisent la résilience de la famille

Système de croyances de la famille	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Création d'une signification à donner à l'adversité<input type="checkbox"/> Attitude positive<input type="checkbox"/> Transcendance et spiritualité
Patterns d'organisation de la famille	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Souplesse<input type="checkbox"/> Interconnexion<input type="checkbox"/> Ressources sociales et financières
Processus de communication	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Clarté<input type="checkbox"/> Expressions ouvertes des émotions<input type="checkbox"/> Résolution des problèmes en collaboration

Gottlieb & Gottlieb (2014), p. 127, adaptation de Walsh (2006)