



Quels sont les déterminants qui influencent la santé mentale au sein des familles ?

**D. DOUMONT
F. LIBION**

***En collaboration et
pour le centre local de promotion de la santé
du Brabant Wallon***

**Décembre 2004
Réf. : 04-32**

Série de dossiers techniques



**Service Communautaire de Promotion de la Santé
avec le soutien de la Communauté française de Belgique**

Table des matières

1. Introduction.....	2
2. Définitions.....	3
3. Les facteurs influençant la santé mentale d'une famille	6
4. Les sujets de santé abordés en famille	13
5. Les aides proposées par les professionnels de la santé.....	14
6. Perspectives / Conclusions	18
7. Bibliographie.....	19
8. Annexes	21

Quels sont les déterminants qui influencent la santé mentale des familles ?

1. Introduction

Dans le cadre de la préparation de la 3^{ème} journée d'un cycle de conférence sur la santé et le bien-être des familles, le CLPS Brabant Wallon, s'intéresse à la thématique « Milieu relationnel des familles ».

Le milieu relationnel de la famille est à la source de la santé mentale de chaque membre de celle-ci. En effet, la santé mentale représente une certaine qualité de vie intérieure, relationnelle et sociale, propre à chaque individu et liée à son contexte. La santé mentale est essentielle pour permettre à chacun d'être acteur dans la société mais aussi être acteur de sa santé. Il faut donc la promouvoir tout au long de la vie.

Ce dossier abordera principalement la santé mentale dans les dimensions suivantes :

- La famille comme lieu de développement, d'épanouissement et d'acquisition d'attitudes et de comportements favorables à la santé (développement et renforcement de l'estime de soi, de l'efficacité personnelle perçue, de ses compétences mais aussi de la communication individuelle et de la dynamique intra-familiale)
- La famille comme lieu d'écoute et de soutien pour les « personnes fragilisées » (conflits familiaux, parentaux, mal-être, angoisse, anxiété, stress, échec, existence d'une maladie grave et/ou chronique,...)
- Repérage des structures et des projets mis en place pour aider les familles en souffrance.²

Les recherches bibliographiques ont été menées sur différentes bases de données telles que Doctes (base de données partagée dans les domaines de la promotion de la santé et de l'éducation pour la santé), Medline (base de données bibliographiques produite par la National Library of Medicine et qui couvre tous les domaines biomédicaux) et Sciendirect (base de données qui fournit les références d'articles provenant de périodiques de la collection Elsevier Science). La date du document, son accessibilité, son degré de réponse et sa pertinence par rapport aux questions de recherche ont conditionné le choix des articles retenus

¹ L'analyse des publications a été réalisé par D. Doumont, F ; Libion, I. Aujoulat, J. Pelicand, , D. Houeto, M. Steyaert

² CLPS Brabant Wallon (Centre local de promotion pour la santé)

Les mots clefs retenus sont «family wellness», «family well-being», «family empowerment », «mental health and family», «mental health programs». 19 articles ont été retenus et concernent les cinq dernières années

2. Définitions

* Le **Ministère de la santé et des services sociaux Québécois** proposaient en 1989 la définition suivante : " *La santé mentale d'une personne s'apprécie à sa capacité d'utiliser ses émotions de façon appropriée dans les actions qu'elle pose (affectif), d'établir des raisonnements qui lui permettent d'adapter ses gestes aux circonstances (cognitif) et de composer de façon significative avec son environnement (relationnel). Tout en reconnaissant cette spécificité, il demeure fondamental d'agir à la fois sur les dimensions biologiques, psychologiques, sociales et ainsi élargir l'action en santé mentale "*.³

Ces mêmes auteurs canadiens soulignaient déjà le fait que la santé mentale comporte trois dimensions :

- une dimension biologique (liée aux composantes physiologiques et génétiques)
- une dimension psychodéveloppementale (liée aux aspects cognitifs, relationnels et affectifs)
- une dimension contextuelle (liée à la capacité d'insertion d'un individu dans un environnement et aux relations qu'il entretient avec ce milieu)

En 1994, le **Comité de la santé mentale du Québec** propose une nouvelle définition de la santé mentale :

" *La santé mentale, définie comme l'état d'équilibre psychique d'une personne à un moment donné, s'apprécie entre autres à l'aide des éléments suivants : le niveau de bien-être subjectif, l'exercice des capacités mentales et la qualité des relations avec le milieu. Elle résulte d'interactions entre des facteurs biologiques, psychologiques et contextuels. Ces facteurs sont en évolution constante et s'intègrent de façon dynamique chez la personne. La santé mentale est liée tant aux valeurs collectives d'un milieu qu'aux valeurs propres à chaque personne. Elle est influencée par des conditions multiples et interdépendantes telles que les conditions économiques, sociales, culturelles, environnementales et politiques. Dans cette perspective, la santé mentale peut également être considérée comme une ressource collective, à laquelle contribuent tout autant les institutions sociales et la communauté entière que les personnes prises individuellement "*.⁴

* **Tsey et al** (2003) (Australie) proposent une définition du « contrôle du destin » ou « le facteur de contrôle » qui se réfère à la quantité de contrôle qu'ont les personnes à travers leurs vies en tenant compte du fait qu'ils font partie d'un réseau social intégré et qu'ils ont accès à des relations de soutien. En particulier, il s'agit du niveau de contrôle qu'un individu a sur son environnement et qui fait que les exigences et les tensions (nerveuses) qu'il éprouve ont des conséquences neutres, positives ou négatives en terme de santé

³ http://www.clsc-sherbrooke.qc.ca/santé_mentale

⁴ http://www.clsc-sherbrooke.qc.ca/santé_mentale

* **Zdanowicz et al** (2003) (Belgique) analysent des locus of control (notamment le PHLC sur la santé de l'adolescent par rapport :

- au style de dynamique familiale
- sa famille « d'origine »
- son idéal de famille

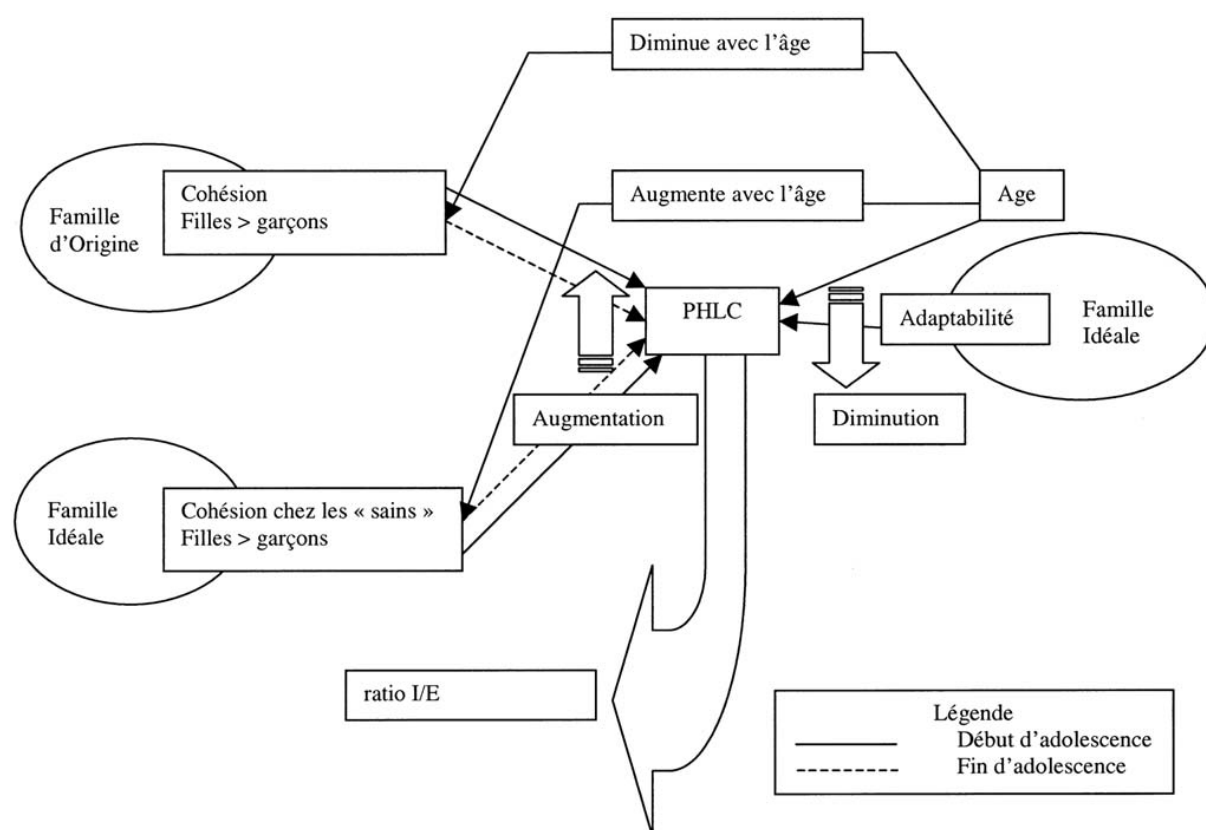
Il existe différents niveaux de locus of control de santé

- IHLC = locus interne
- PHLC = locus externe (pouvoir des autres = la famille)
- MHLC = locus externe (chance)

Les auteurs ont réalisé une étude par questionnaires (questionnaire d'Olson et questionnaire multidimensionnel de santé) auprès d'une population de 814 adolescents « sains » et d'une population de 358 adolescents présentant des troubles mentaux. Elle avait pour but d'examiner les relations entre les idéaux familiaux et les sentiments de responsabilité des jeunes par rapport à leur santé.

Des facteurs de cohésion et d'adaptabilité entrent dans la « dynamique familiale » et influencent le « pouvoir attribué aux autres » qui semble lui, selon les auteurs, être « un élément central des modifications de la gestion de la santé à l'adolescence ».

Schéma proposé par les auteurs concernant les déterminants du PHLC durant l'adolescence



* Toujours selon **Zdanowicz N et al** (2004) (Belgique), la santé mentale est définie à travers deux indicateurs de santé familiale : le niveau de cohésion dans la famille et la capacité d'adaptation de la famille, qui seraient positivement corrélés à un locus de

contrôle interne chez les adolescents (le sentiment de contrôler sa propre santé serait un indicateur/prédicteur de santé mentale individuelle chez l'adolescent)

La cohésion est définie comme « l'attachement émotionnel que chaque membre de la famille développe à l'égard des autres membres ».

La capacité d'adaptation est définie comme « la capacité du système familial à modifier son « pouvoir », et ses règles et rôles relationnels, en réponse à une situation de stress ». (selon Olson D., cités par les auteurs)

En conclusion, une famille en bonne santé serait une famille qui se caractérise par un bon niveau de cohésion et une bonne capacité d'adaptation.

* Pour **Alperstein et al** (2003) (Australie), la santé mentale est plutôt vue en tant que « bien être émotionnel » et « stratégies de coping » mises en place, « promotion de la résilience » au sein de la communauté et auprès de l'individu.

* Selon **Pelchat et al** (2004) (Québec), la santé mentale est vue comme la capacité d'adaptation et de transformation : quand une famille se sent suffisamment compétente et confiante (après une crise) dans sa capacité à utiliser les ressources et les compétences nécessaires à la gestion des tâches quotidiennes ; dans sa capacité de prendre en considération ses propres besoins, d'agir de manière autonome et d'atteindre des nouveaux objectifs dans la vie.

* Pour l'équipe de **Spruijt et al** (2001) (Pays-Bas), le bien être de l'enfant peut être décrit en se référant aux questions suivantes :

- Comment les enfants se sentent-ils physiquement et mentalement?
- Comment sont les relations avec les parents?
- Comment se développent leurs relations?
- Les enfants ont-ils des problèmes avec leur copain ou leur copine?
- Les enfants ont-ils des problèmes à l'école, au travail?
- Les enfants ont-ils des habitudes à risque?
- Que pensent-t-ils à propos de la construction d'une famille?

L'ensemble de ces questions permet de savoir si les enfants sont en bonne santé tant physique que mentale.

Différentes échelles de mesure sont utilisées pour rendre compte de la condition mentale des individus: l'échelle de « Cantrilladder » mesurant la satisfaction générale et celle de Goldberg, qui mesure le stress psychologique et le degré de dépression. Ensuite, le VOEG est utilisé, mais il ne mesure que la condition physique.

* **Jackson et al** (2003) (Etats-Unis) proposent une définition de l'éducation parentale « autoritaire » qui serait une combinaison spécifique d'exigence et de sensibilité aux comportements éducatifs des parents. Ces comportements parentaux incluent la fixation et l'imposition de normes claires du comportement d'un enfant, surveillant et dirigeant activement les activités de celui-ci ainsi que la structure de maintien et le régime de la vie quotidienne et, rendant ainsi les demandes, les comportements « matures » de l'enfant conformes à la phase de développement d'un enfant.

Les comportements parentaux caractéristiques d'une telle éducation parentale incluent pour eux d'être affectueux et d'être acceptés par leurs enfants, ils fournissent confort et appui, tout en étant impliqué dans le suivi scolaire et le développement social des enfants et reconnaissant leurs progrès (succès).

* L'article de **Mc Munn et al** (2001) (Royaume-Uni) s'intéresse à la complexité des relations entre la structure familiale, le bien-être psychologique de l'enfant, le statut socio-économique, et la santé mentale parentale. Les auteurs ne proposent toutefois aucune définition de santé mentale. Ils se sont basés sur les résultats d'une enquête de santé nationale réalisée en Angleterre en 1997 qui s'intéressait à la santé mentale des jeunes dans leur pays (Health Survey for England). Cette étude a utilisé le SDQ (« Strengths and difficulties Questionnaire », (Goodman) et ce sur un large échantillon d'enfants nationaux représentatifs de la population globale. Il s'agit d'un instrument aidant à mesurer la morbidité psychologique infantile.

* L'étude réalisée aux Pays-Bas par **Bosma et al** (1999) a porté sur la personnalité de l'adulte en relation avec son vécu dans l'enfance.

Les caractéristiques étudiées sont :

- 2) le locus of control externe
- 3) la tendance à la névrose
- 4) le manque d'esprit critique
- 5) l'orientation (en terme de projection) dans le futur

Les expressions permettant de faire face à ce vécu dans l'enfance seraient :

- 1) mettre l'accent sur un problème actuel
- 2) des comportements d'évitement
- 3) un modèle de réaction dépressive
- 4) la recherche d'un soutien social
- 5) un modèle de réaction palliative
- 6) une forte réaction (d'humeur) émotive
- 7) l'optimisme

3. Les facteurs influençant la santé mentale d'une famille

* Pour les enfants vivant avec une mère seule, les résultats de la recherche menée par **Mc Munn et al** (2001) (Royaume Uni) permettent d'affirmer que le fait d'être une mère seule n'est pas en soi néfaste pour l'état psychologique de l'enfant. Mais c'est plutôt la pauvreté qui s'ajoute au fait d'être célibataire, aussi bien que le faible niveau d'éducation associé à la pauvreté et au fait d'être une mère célibataire, qui augmente le risque de voir se développer parmi les enfants et les mères célibataires, des problèmes comportementaux et émotionnels. Le niveau d'éducation de la mère et la pauvreté sont importants tous les deux pour le développement positif de la santé mentale de l'enfant.

Mais cette recherche dépasse cette constatation sur la relation entre la pauvreté et les femmes célibataires déjà fortement documentée par d'autres recherches. Les données récoltées reflètent la disparité socio-économique entre les femmes seules et les autres types de familles. Les femmes seules comparées aux autres femmes mariées ont beaucoup plus de risques d'être pauvres et les femmes seules comparées aux hommes seuls sont également plus à risque d'être pauvres que ceux-ci. (Jarvis & Jenkis, cités par les auteurs). Notons également que la majorité des familles mono parentales sont généralement le fait de femmes seules (90%).

En ce qui concerne les enfants qui se retrouvent dans des familles recomposées, il est difficile de savoir si les problèmes comportementaux et émotionnels sont liés au

divorce ou s'ils sont liés au fait de se retrouver dans une structure familiale nouvelle avec l'introduction d'une « nouvelle figure parentale » ou si encore d'autres facteurs doivent être pris en considération afin d'avoir une meilleure compréhension du phénomène.

Enfin, il est important de considérer que ces différents événements ne se produisent pas à un moment précis et défini, mais qu'il s'agit plutôt d'un processus dont les effets se marquent progressivement au cours de la vie de l'individu. (Emery, 1999; Hetherington & Stanley-Hagan, 1999; Rodgers & Pryor, 1998, cités par les auteurs).

L'impact d'une séparation parentale sur le bien être de l'enfant n'est pas négligeable. Des sources de changements et de difficultés peuvent être importantes pour le développement de l'enfant : existence de conflits avant, pendant et après la séparation des parents ; perte de contact avec un des parents (souvent le père); amoindrissement de l'investissement parental; impact financier; remariage; divorce d'un second mariage.

Il semble que l'augmentation du risque d'avoir des problèmes comportementaux et émotionnels parmi les enfants de familles recomposées soit la conséquence d'un nombre potentiel de ruptures ou de combinaison de ruptures. Quelque soit l'aspect de la rupture, les facteurs d'ordre socio-économiques , l'éducation des parents ou encore la santé mentale des parents n'atténuent pas le pourcentage de risque qu'a l'enfant d'avoir des difficultés.

Cette étude montre également l'importance qu'aurait la santé mentale des parents sur la santé mentale de leur propre enfant et ce indépendamment du statut socio-économique et de la structure familiale dans laquelle il vit. (Dunes et al. (1998), cités par les auteurs). Dans cette étude, l'effet environnemental de la pauvreté a été associé avec une santé mentale de la mère pauvre. Le lien entre la pauvreté familiale et le score élevé SDQ (The Strengths and Difficulties Questionnaire – questionnaire qui permet d'évaluer la santé psychologique), peut fonctionner partiellement avec ce facteur de santé mentale parental. (Le détail du SDQ items est repris en annexe 1).

En conclusion, ces trois dimensions (mère seule, famille recomposée, santé mentale des parents) jouent un rôle prépondérant au niveau du bien être émotionnel et comportemental de l'enfant. En plus de leurs effets directs, ces différents facteurs peuvent être « liés » à d'autres effets tels que les facteurs biologiques comme le petit poids à la naissance, le fait d'avoir une mère fumeuse, etc, ce qui augmente encore les risques pour l'enfant d'avoir une santé mentale fragilisée. (Kelly, Nazroo, Mc Munn, Boreham, & Marmot, 2000, cités par les auteurs)

Notons que la situation sociale des familles constitue un élément contingent à ces comportements à risque. Ces interrelations complexes entraînent l'émergence de chaînes causales problématiques dont les tenants et aboutissants sont très variables. Mais l'on peut affirmer au terme de cette recherche que l'éducation de la mère et la situation de pauvreté dans laquelle elle se retrouve entraînent une prévalence forte quant aux symptômes psychologiques que les enfants de mères seules peuvent avoir .

* La recherche présentée dans l'article de **Flouri et al** (2003) (Angleterre) a pour but de comprendre si l'implication parentale (maternelle et paternelle) protège l'enfant contre les problèmes comportementaux et émotionnels à l'adolescence et contre le stress psychologique à l'âge adulte. Le rôle du père dans la santé mentale de

l'enfant à l'adolescence (16 ans) et à l'âge adulte (33 ans) est l'objet central de la recherche.

Pour les auteurs, au fur et mesure de l'histoire de vie d'un enfant, certains facteurs vont contribuer à augmenter le risque d'un désordre psychiatrique et d'autres facteurs le protégeront de ce risque.

On constate que le fait d'avoir une haute estime de soi, de connaître une réussite scolaire, de s'engager dans des activités de loisirs, d'avoir des relations positives avec ses parents, proches et autres adultes, sont inversement liés à l'apparition de problèmes émotionnels et comportementaux.

Au contraire, le fait d'avoir des problèmes familiaux, des relations familiales conflictuelles, des pratiques « éducatives » punitives, des parents dépressifs et/ou célibataires, une santé mentale familiale « malade », et des problèmes socio-économiques sont intrinsèquement liés aux problèmes émotionnels et comportementaux que l'enfant pourrait développer plus tard.

-Le paradigme écologique de **Bronfenbrenner** est utilisé dans cette recherche. Ce modèle prend en compte l'environnement (personne, famille, école) dans lequel les enfants sont élevés et le relie à la santé mentale de l'enfant.

-Pour évaluer l'implication du père par rapport à l'enfant, le modèle de **Lamb** est exploité. Ce modèle prend en compte la notion d'interaction directe et d'accessibilité, les deux n'étant pas exclusives l'une de l'autre.

Toujours selon Flouri, l'engagement du père dans le développement mental de l'enfant joue un rôle important et est encore trop peu étudié.

Cette étude tente de pallier ce manque au niveau de la recherche scientifique.

La présence du père est aussi importante que celle de la mère dans le bien être de l'enfant. De plus, le rôle du père et le rôle de la mère sont différents et les rapports relationnels que chacun d'entre eux entretient avec son enfant sont importants pour l'enfant.

Les conclusions de l'étude indique que l'implication du père envers son enfant en bas âge ne permet pas de prédire l'état de santé mentale de l'enfant à l'adolescence et à l'âge adulte. Mais il joue un rôle protecteur contre les problèmes psychologiques que les adolescents peuvent rencontrer. L'impact de l'implication du père à l'adolescence sur la santé mentale de celui-ci à l'âge adulte, n'est pas lié au niveau d'implication de la mère.

Idéalement les problèmes de santé mentale devraient être constatés par des sources variées même si les appréciations que peuvent faire les parents sur l'état de la santé mentale de leur enfant restent stables à travers le temps. Dans cette étude, cela n'a toutefois pas été possible. En effet, seuls les parents (la mère principalement) ont été sollicités pour parler de la santé mentale de leur enfant.

La conclusion finale est que l'implication précoce du père auprès de l'enfant joue un rôle protecteur important face aux difficultés psychologiques et aux situations de stress que l'enfant pourrait rencontrer plus tard dans la vie.

* Pour **Bosma et al** (1999) (Pays-Bas), l'appartenance à une classe sociale au niveau socio-économique faible durant l'enfance influence la personnalité de l'individu à l'âge adulte (exemple : locus control externe diminué, manque d'esprit critique, tendance à la névrose et manque d'orientation dans le futur sont fréquemment présents chez l'adulte issu d'une classe sociale faible durant son enfance).

Sont également fréquents chez les individus appartenant à une classe sociale défavorisée dans l'enfance, les aspects suivants :

- 1) le peu de prise en compte d'un problème de vie actuelle
- 2) une fréquence plus grande de réaction dépressive et de comportements d'évitement
- 3) peu de désir (et de recherche) d'obtenir un soutien social
- 4) peu d'expressions émotives

D'autres résultats de l'étude montrent que :

- 1) l'appartenance à une classe sociale défavorisée dans l'enfance est corrélée avec un état de santé faible à l'âge adulte
- 2) les individus dont les pères étaient des ouvriers manuels non qualifiés ont généralement des profils de personnalité plus défavorables et développent des modèles négatifs pour « faire face » à la vie
- 3) les attributs psychologiques, tel que le manque de contrôle perçu par la personne, expliquent une partie substantielle de l'association directe entre la classe sociale de l'enfance et la santé de l'adulte
- 4) les mécanismes psychologiques peuvent expliquer des résultats de santé défavorables chez les adultes qui ont vécu dans des classes sociales de niveaux économiquement faibles.

Il est important de signaler que les résultats de cette étude sont à analyser dans le contexte méthodologique qui en réalité n'est pas celui de la détermination des causalités.

* Selon **Jackson et al** (1998) (Etats-Unis), les enfants de parents « autoritaires » semblent avoir développé :

- 1) un sentiment d'amour propre relativement élevé
- 2) des attitudes d'indépendance
- 3) du « self control »
- 4) une maturité sociale
- 5) un bon niveau de réussite scolaire
- 6) ils souffrent relativement moins de détresse psychologique ou de dysfonctionnement comportemental

Il n'y a toutefois pas de différence liée au sexe.

Ces influences seraient plus importantes :

- 1) chez les personnes vivant au Caucase que chez les personnes issues d'autres lieux de vie (USA)
- 2) chez les enfants que chez les adolescents

Ces différences observées entre race blanche et non-blanche pourraient être le fait d'un manque de considérations des aspects culturels dans cette étude.

* Pour **Tsey et al** (2003) (Australie), les personnes issues de classes socio-économiques faibles ont plus de risques de présenter des problèmes de santé.

Ces problèmes de santé sont généralement liés à :

- 1) un manque de ressources financières
- 2) un faible niveau d'instruction
- 3) un faible niveau d'aptitudes pour acquérir l'essentiel des pré-requis pour être en « bonne santé » (accès à un logement salubre, accès à l'éducation, accès à alimentation saine, incapacité d'adopter un mode de vie sain dans un environnement sain, etc.).

Les auteurs signalent également qu'outre la « pauvreté », la hiérarchie sociale au sein d'une même classe sociale est aussi un facteur d'inégalité de santé

Ce « gradient social de maladie » est expliqué par la notion de « facteur de contrôle »

* Selon **Fernandez** (2004) (Australie), le fonctionnement intra-familial (attachement émotionnel à l'enfant, règles et disciplines existantes et adoptées, situations de stress) et le type de relation parents/enfants influenceraient le niveau de santé mentale des familles.

* Pour **Zdanowicz et al** (2003) (Belgique), l'existence d'une « dynamique familiale » influence la santé mentale familiale. La cohésion et l'adaptabilité seraient des facteurs prédisposants d'une bonne santé mentale.

Pour rappel, la cohésion est définie comme les liens émotionnels développés entre chaque membre de la famille.

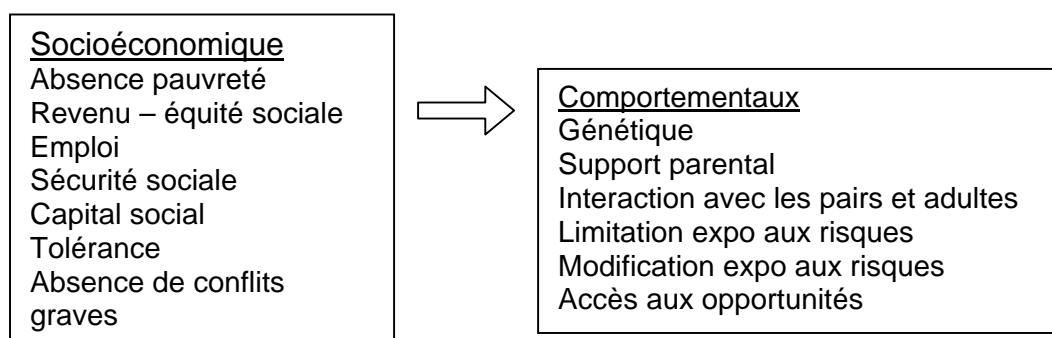
L'adaptabilité est définie comme l'habileté familiale à changer sa structure première, à définir les rôles dans les relations et les règles dans ces relations face à une situation ou une évolution stressante

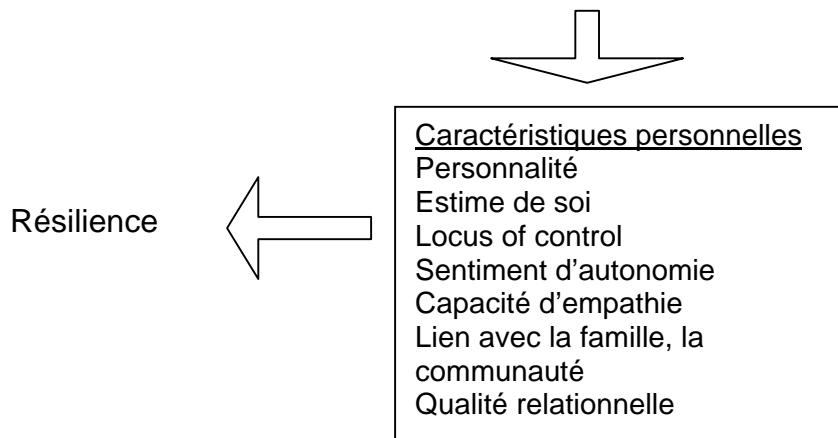
* Les auteurs **Schmit et al** (2003) (France) s'intéressent aux relations entre la santé mentale et les résultats scolaires, aux motifs d'échecs scolaires chez les enfants de 5 à 8 ans et enfin aux interventions mises en place par le système scolaire, les enseignants et les parents.

L'âge de 5 à 8 est une période d'enjeux (et parfois de crise) pour les enfants (enjeux cognitifs : apprentissage de l'écriture, du calcul,... et enjeux affectifs : « passage de l'Œdipe à Euclide »(Gibello, 2001, cité par les auteurs) ou « le passage de l'espace affectif primitif du petit enfant centré sur les figures parentales ... à un espace commun de représentations, espace euclidien support de l'accès aux formes d'un savoir partagé ». Souvent ce passage est décrit comme « allant de soi » et les adultes ne voient pas que des enfants de 5 à 8 ans puissent être en souffrance, souffrance qui s'exprime le plus souvent en milieu scolaire et au sein de la famille. Les auteurs énoncent des exemples de signes de souffrance de l'enfant : l'anxiété, l'apparition de troubles du sommeil, l'indocilité, l'existence de problèmes relationnels (jalousie, rivalité,...) au sein de la famille, l'inhibition voire un refus d'apprendre. Ces signes sont souvent interprétés par les adultes en terme de déficit et/ou de handicap et rarement en terme de crise, de résistance au changement.

Actuellement, le milieu scolaire a tendance à sur-médicaliser le dépistage de tels signes en oubliant de voir les « choses » sous un angle très global (vision très restrictive de ces signes par oubli de l'influence par exemple du milieu familial/environnemental).

* **Alperstein et al** (2003) (Australie) définissent 3 niveaux déterminants agissant sur la résilience : le socioéconomique qui influence les comportements qui influencent les caractéristiques personnelles et enfin joue sur la résilience.





* Selon **Tubiana** (2001) (France), la dislocation familiale, l'absence du père, les familles monoparentales sont cités comme des facteurs familiaux ayant un impact direct sur l'équilibre mental des enfants puis des adolescents.

« La précarisation contribue à la fragilisation et au dysfonctionnement des structures familiales, ce qui entraîne dès la prime enfance un désarroi, une anomie (absence de règles) avec mauvais contrôle des pulsions instinctives et une médiocre maîtrise de soi, une non-intériorisation des normes et du respect des autres ».

« Il s'ajoute à cet égoïsme et ce repli sur soi, des facteurs sociaux : frustration, désocialisation, absence d'espoir de promotion individuelle ou collective. Le sentiment d'injustice, l'absence d'intégration dans les structures sociales, favorisent la marginalisation avec tendances dépressives, voire même l'exclusion ou le rejet ».

* **Sprujt et al** (2001) (Pays-Bas) s'interrogent sur les effets à long terme auprès des enfants qui vivent dans des types familiaux différents.

Différentes sous questions sont posées:

- 1) est-il plus néfaste pour les enfants d'avoir des parents divorcés ou des parents vivant ensemble mais qui se disputent?
- 2) est-il plus néfaste pour les enfants de grandir dans une famille mono-parentale ou une famille recomposée?
- 3) est-il plus néfaste pour les enfants de grandir dans une famille divorcée ou dans une famille où l'un des parents est décédé ?

Pour répondre à ces questions, 6 types de famille sont comparés: famille intacte (nucléaire); famille médiocre et fonctionnant mal; famille mono-parentale après un divorce; famille recomposée et famille mono-parentale après le décès d'un des parents.

Cette étude s'inscrit dans la perspective de Wallerstein, c'est-à-dire que ce qui est étudié porte davantage sur l'impact à moyen et long terme et non sur le court terme. Les résultats peuvent alors rentrer en contradiction avec certaines études qui peuvent privilégier l'angle du court terme au niveau de l'impact sur les enfants. Les résultats prenant en considération le genre peuvent ainsi varier selon la durée choisie après le divorce.

Le modèle d'Amato et Keith est selon les auteurs un des modèles qui a le mieux systématisé les différences entre les enfants grandissant dans des structures familiales diverses. Cinq concepts centraux sont distingués pour pouvoir rendre compte de ces différences:

- a) la perte du parent qui n'a pas la garde des enfants
- b) l'adaptation psychologique du parent qui a la charge de l'enfant (Fustenberg & Cherlin)
- c) l'ampleur des conflits entre les parents (Grych & Fincham)
- d) les problèmes économiques (Bosman), (plus que la perte d'argent, c'est plutôt le déclin par rapport à la situation initiale qui pose problème)
- e) les changements à la source de stress

Les auteurs ajoutent à ce modèle une autre perspective théorique, en s'inspirant des travaux de Bosman, Louwes, Dronkers et al.

- f) l'image négative du divorce et de la formation de famille recomposée

Chacune de ces dimensions doit être prise en considération si l'on veut comprendre la santé mentale de l'enfant.

En conclusion, l'étude montre que les conflits parentaux sérieux et les divorces ont un impact négatif sur le bien-être de l'enfant. Onze ans après le divorce, les effets de celui-ci sont toujours perceptibles sur l'état de santé mentale de l'individu. L'étude permet de classer les différents modèles familiaux au regard du modèle familial considéré comme étant la norme (le bien-être de l'enfant étant meilleur lorsque il se retrouve dans une famille nucléaire qui « fonctionne bien »).

En terme de classement, le groupe norme se classe donc en premier ; ensuite, ce sont les enfants issus d'une famille mono-parentale dû à un décès d'un des parents ; ensuite viennent les enfants issus d'une famille nucléaire médiocre ; ensuite les enfants de famille recomposée après un divorce ; ensuite, les enfants vivant dans une famille mono-parentale après le divorce, et enfin les enfants qui se retrouvent dans des familles nucléaires « fonctionnant très mal ».

En rapport avec les sous-questions posées précédemment, l'étude permet de montrer que si le décès d'un parent est très difficile à vivre, l'impact sur la santé mentale de l'enfant semble moins important que si les enfants se retrouvent dans une famille où les parents divorcent. Le divorce mais aussi un mariage fait de discorde ont des effets négatifs sur le bien-être des enfants. Les réponses varient toutefois selon que l'on interroge les parents ou les enfants. Les parents trouvent en effet plus néfaste les situations de divorce que les situations de querelles alors que pour les enfants, il semble que ce soit plutôt l'inverse.

Les « changements et difficultés fréquentes » perturbent les enfants et les adolescents et altèrent ainsi leur niveau de santé mentale.

* Selon WHO ((2001), cité par **Christensen** (Danemark) (2004)), 5 facteurs importants influencent la santé et le bien-être des jeunes :

- les échanges constructifs dans la relation de communication entre les jeunes et les adultes, entre les jeunes et les groupes de pairs
- la structure parentale et le « conflit » potentiel issu des représentations des parents et des jeunes
- l'encouragement à l'expression/communication du jeune
- les opportunités laissées aux jeunes pour participer à l'élaboration des valeurs familiales (permettre au jeune de participer activement et de façon

constructive à la vie familiale et prise de décisions collégiales) et sociétales (idem au niveau des décisions concernant la scolarité, le voisinage)

- le niveau de scolarité, les opportunités économiques et sociales qui permettent de limiter le risque de maladie.

Pour De Winther, Baerveldt et Kooistra ((1999), cités par **Christensen** (2004)), il est important de permettre aux jeunes de vivre des expériences sociales constructives leur permettant de développer un sentiment de respect et d'estime tant au niveau personnel qu'au niveau sociétal mais aussi d'augmenter leurs compétences sociales et, in fine, d'améliorer leur santé et bien-être.

4. Les sujets de santé abordés en famille

* Une enquête française réalisée par l'institut Ipsos en mai 1996 auprès d'un échantillon national représentatif de parents d'enfants âgés de 6 ans (n = 406) révèle que « la santé » apparaît comme une « affaire de famille » et que pour 96 % des familles interrogées, « on peut apprendre à un enfant à être bonne santé ». « Il s'agirait plus d'une question de savoir-faire que de connaissances pratiques, d'exemples plutôt que de théories... ».

Selon **Dressen** (1999) (France), les sujets les plus faciles à aborder sont ceux sur lesquels parents et enfants exprimeraient un « consensus », à savoir : la consommation d'alcool, les drogues, le sida. Des sujets semblent toutefois tabous et donc évités. Ils concernent la sexualité mais surtout la santé mentale (dépression, anxiété, difficulté liée au sommeil). Les problèmes liés à toute forme de maltraitance et aux sévices sexuels sont également contournés. C'est un peu, comme le cite l'auteur, comme si « la santé étant définie comme une affaire d'équilibre, d'amour et de bon sens, la mauvaise santé serait culpabilisante et renverrait à un échec » et donc on l'évoquerait moins.

* **Flouri et al** (2003) (Royaume Uni) s'intéressent aux relations parents-enfants, et plus précisément aux relations qu'entretiennent les pères avec leurs enfants, mais dans une perspective statistique et probabiliste à partir de deux tests psychologiques : le « Rutter Health and Behaviour Checklist » et le « Malaise Inventory ». Le premier test est utilisé pour pouvoir établir le niveau de santé mentale de l'enfant (âge 7 ans et 16 ans) et ce à partir du discours des parents, de la mère ou du père, ou de la personne proche de l'enfant au début de sa vie. Le deuxième test est administré aux adultes (âge 33 ans). Ceci permet de mesurer les effets à long terme de l'implication parentale sur la santé mentale de l'enfant, futur adulte .

* **Pelchat et al** (2003) (Quebec) ont développé un programme d'intervention familiale pour aider les parents qui doivent faire face à la survenue d'un enfant présentant un handicap). Ils envisagent la famille comme un système composé de 5 sous-systèmes et les sujets suivants sont abordés (en présence des professionnels de santé) :

- au niveau individuel : quels sont les perceptions et les besoins de chacun des parents en rapport avec la situation, l'objectif étant que les parents aient une vision réaliste de la situation et soient aidés dans le deuil de l'enfant imaginaire (« parfait »)
- au niveau du couple : partage sur le vécu de chacun des membres du couple pour une meilleure compréhension et un meilleur soutien mutuel.

- au niveau parental : promotion d'une relation de confiance entre les parents et l'enfant pour développer l'attachement.
- au niveau de la famille : échanges sur la perception de chaque membre de la famille par rapport à la situation ; reconnaissance du rôle de chacun dans le processus d'adaptation.
- au niveau social (extra-familial) : identification et utilisation des ressources externes, en particulier via les professionnels de santé.

Ces différents sujets sont abordés dans le cadre d'un programme d'intervention initié par des infirmières.

La famille (les parents) est rencontrée à plusieurs reprises par des infirmières spécifiquement formées à cet effet. La première rencontre a lieu quelques heures après la naissance, parfois en présence du médecin qui annonce le diagnostic. Deux ou trois rencontres ont encore lieu pendant le séjour à l'hôpital. Puis entre 4 et 6 rencontres seront initiées au domicile de la famille pendant les 6 premiers mois de l'enfant. Pendant les rencontres, l'infirmière explore les facteurs qui influencent la perception que les parents ont de la situation, renforcent les croyances qui vont faciliter leur vie avec l'enfant (ex. « mon enfant a les ressources pour s'en sortir ») et atténuent les attitudes négatives (« j'ai dû faire quelque chose de mal pour que mon enfant ait cet handicap »). L'infirmière invite les parents à exprimer leurs émotions et à interagir avec le nouveau-né

5. Les aides proposées par les professionnels de la santé

* Deux champs d'actions sont proposés par **Mc Munn et al** (2001) (Royaume Uni) pour améliorer la santé mentale de la future génération.

- 1) réduire les inégalités qui touchent les femmes, en faisant en sorte de favoriser l'accessibilité et l'attractivité de l'éducation pour les femmes non qualifiées.
- 2) améliorer les conditions socio-économiques des femmes seules. Le « New Labour government » a pris des mesures pour améliorer la situation des femmes seules mais celles-ci restent insuffisantes. Elles devraient donc être plus importantes compte tenu du fait qu'un enfant sur cinq vit dans une situation comme celle-là.

* Les auteurs **Zdanowicz et al** (2003) (2004) (Belgique) suggèrent que la « promotion » de la cohésion et de l'adaptabilité familiales soient faites lors des consultations médicales et soient relayées par des campagnes médiatiques, Ceci, dans une optique de prévention des problèmes de santé chez les adolescents. Toutefois, ils n'en précisent pas les modalités.

Le programme australien de soutien familial décrit par **Fernandez** (2004) (Australie) a pour but :

- le soutien de la famille
- la création et le renforcement du sentiment d'empowerment
- permettre la diminution des facteurs contribuant à la négligence et maltraitance

- la construction et/ou le renforcement des facteurs de protection (résilience et coping)

Les interventions seraient multidimensionnelles :

- visites à domicile
- soins de jours pour les enfants
- service conseil
- groupe de travail
- service d'urgence

Pour les parents, on assisterait alors à :

- l'ouverture vers de nouvelles opportunités pour les parents mais également pour les enfants
- l'aide pratique et émotionnelle (écoute, absence de jugement, respect, accessible)
- l'organisation de rencontre, la création de liens d'amitiés, la création de support de travail
- l'augmentation du sentiment de sécurité des enfants
- l'échange d'expériences avec d'autres parents
- l'augmentation du lien entre parents et enfants
- l'apprentissage technique de « gestion » des enfants

D'un point de vue éducatif, ces différentes actions permettraient :

- l'augmentation de la capacité de compréhension des besoins des enfants
- l'augmentation de la cordialité

L'auteur souligne toutefois l'importance et l'intérêt d'une approche flexible et multidimensionnelle (dilemme entre le soutien proposé à la famille et la protection des enfants).

Pour les enfants, on assisterait à :

- une diminution des symptômes d'anxiété avec augmentation de la qualité de vie
- le développement d'un sentiment de satisfaction (notamment plus à domicile)
- des interventions plus efficaces sur les compétences de constructions relationnelles (le manque de modélisation de ces compétences semble perpétuer les problèmes de génération en génération).

Fernandez conclut qu'en améliorant la santé mentale des parents, on assiste à une amélioration du fonctionnement familial et à une diminution du stress. Il met toutefois en garde contre le fait de ne pas privilégier uniquement les interventions auprès des familles ayant des enfants en bas âge et de proposer des interventions « précoces » à chaque identification du développement d'un problème psychologique ou social (y compris à l'adolescence)

* **Alperstein et al** (2003) (Australie) font état d'un programme mis en place par la communauté santé des jeunes. Ce programme se propose d'agir en collaboration avec d'autres secteurs (éducation, habitation, etc) sur :

- les déterminants comportementaux dans le but de développer des attitudes de résilience, d'adapter le locus of control et d'adapter les liens avec la famille/communauté. Ils proposent des visites à domicile, des interventions comportementales familiales, la réalisation d'un programme éducatif (âge 2-5 ans) et le développement de compétences sociales. Les résultats seront meilleurs si la prise en

charge des enfants est réalisée dans les premières années plutôt qu'à l'adolescence.

- les déterminants socioéconomiques avec une influence sur la politique gouvernementale, sur les lois et les actions gouvernementales et communautaires.

Pour les auteurs toutefois, dans le cas précis de minorités ethniques, les problèmes de santé mentale relevés sont moindres et les « effets culturels » sur les comportements des enfants sont faibles malgré l'existence de déterminants socioéconomiques négatifs.

* **Pelchat et al** (2004) (Quebec) proposent un programme d'intervention familiale « PRIFAM » pour les familles qui ont un enfant présentant un handicap.

L'objectif de ce programme est d'accompagner les parents dans un processus d'adaptation (présentation du modèle ci-dessous) pendant la période de transition où ils doivent s'adapter à leur situation (nouvelle ?) de parents avec un enfant handicapé et trouver un nouvel équilibre. Les auteurs insistent sur l'importance de reconnaître les parents comme partenaires à part entière et comme ayant en eux les ressources pour une adaptation réussie

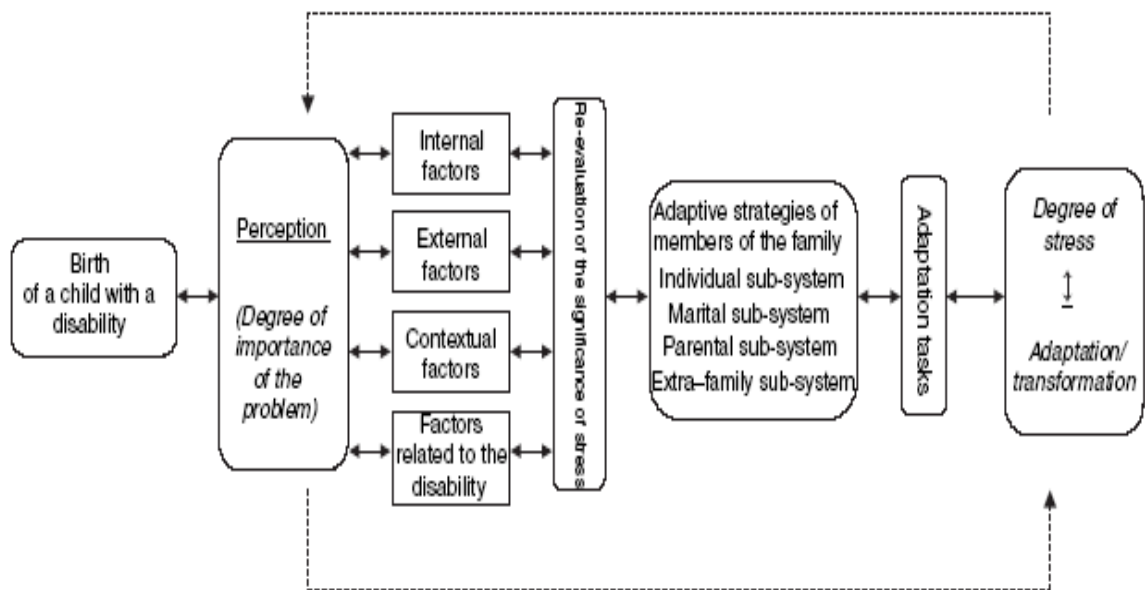


Figure 1 Clinical model of the adaptation/transformation process.

* **Browne et al** (2004) (Canada) ont réalisé une revue de littérature afin de mettre en évidence l'efficacité et l'efficacité des services de santé mentale mis en place pour les enfants en âge scolaire.

Voici les recommandations proposées par les auteurs pour la conduite de nouvelles recherches mais aussi pour mener de nouvelles politiques dans le champ de la santé mentale des enfants :

- créer des programmes avec une approche écologique : pour cela, il est important selon les auteurs que toutes les structures d'aide à ces enfants se communiquent les besoins réels des enfants en souffrance et investissent

dans de multiples domaines (problème émotionnel de l'enfant/ comportements problématiques à mettre en interaction avec des facteurs externes tels que la famille, l'environnement de l'enfant, etc)

- des recherches sont nécessaires pour prouver les bénéfices d'approches innovantes, tel qu'un travail en intersectorialité avec les services de santé, les services sociaux, les programmes éducatifs et récréatifs ; ceci afin de promouvoir des compétences de prise en charge d'enfants en difficultés ou à risque de problèmes de santé mentale. Il s'agit donc là d'assister, d'aider et de soutenir les enfants dans le changement et la consolidation de comportements de santé plus sains.
- besoin de déterminer la couverture effective de l'accessibilité de la population aux différentes formes de prise en charge des problèmes de santé mentale vécus par les enfants (avoir des stratégies d'intervention par âge qui tiennent compte aussi des aspects culturels, etc)
- évaluer les politiques de santé mentale déjà mises en place
- nécessité de comprendre les barrières organisationnelles et financières pour
 - o l'implantation d'une approche écologique, communautaire,
 - o dégager des stratégies d'interventions
 - o étudier les meilleures pratiques
 - o déterminer et évaluer le coût financier de ces actionset ainsi revoir et adapter les politiques de santé mentale en vue de faciliter une coopération intersectorielle à long terme.

Les programmes développés pour « influencer » le développement de l'enfant et sa santé mentale sont généralement dissociés. Bien souvent, les programmes naissent d'initiatives locales basées sur des perceptions de besoins d'une communauté en s'appuyant sur les ressources (les organismes) de cette communauté. Mais ceci ne signifie pas pour autant que les enfants bénéficient d'un programme de prise en charge adapté à leurs propres besoins et problèmes de santé mentale.

* Les techniques de thérapie familiale développées ces dernières décennies permettent aux familles qui rencontrent des difficultés (les maladies psychiatriques comme toute forme de psychose, les tendances suicidaires, les dépendances, etc ; les conflits familiaux comme les violences intra-familiales et/ou conjugales, les séparations, les deuils, etc ; les crises liées à l'adolescence comme les fugues, les échecs scolaires, la délinquance, etc) de partager ces difficultés avec des professionnels/thérapeutes (médecins, soignants) et de devenir partenaire mais également acteur du processus de soin. La « maladie » est considérée comme révélatrice d'un dysfonctionnement intra-familial et le rôle des thérapeutes est alors de tout mettre en œuvre pour que la famille entière retrouve capacités et moyens pour combattre et aider ainsi le membre de la famille en difficulté.

Pour **Vallée** (1999) (France), « les familles sont parties prenantes du processus thérapeutique et, dans leurs rencontres avec ces thérapeutes, deviennent plus fortes pour combattre la souffrance et les symptômes portés par un ou plusieurs de leurs membres ».

6. Conclusions

La revue de littérature réalisée permet donc de confirmer l'importance d'une « bonne santé mentale » des parents et du retentissement que celle-ci peut avoir sur le bien-être des jeunes enfants et (futurs) adolescents.

Certes, les « nouvelles » situations familiales (famille mono-parentale, famille recomposée, etc) peuvent induire des difficultés relationnelles, comportementales et émotionnelles au sein d'une famille et donc en fragiliser le niveau de « santé mentale ». Mais bien souvent, cette « fragilisation » n'est pas à elle seule le simple fait d'une modification de situation familiale. Elle résulte de facteurs cumulés comme la précarité financière, l'existence de relations familiales conflictuelles, le faible niveau d'instruction, les difficultés psychosociales, etc.

Certains auteurs (Mc Munn et al) attirent l'attention également sur le fait que ces différents évènements pouvant affecter le niveau de santé mentale des familles ne se produisent pas à un moment bien précis et qu'il s'agit plutôt d'un processus dont les « effets » ne se font ressentir qu'à moyen voire à long terme.

D'autres auteurs (Flouri et al) soulignent que le fait de développer une bonne estime de soi, de s'intégrer dans les structures sociales et de loisirs, de poursuivre un bon parcours scolaire et d'entretenir d'excellentes relations familiales est inversement lié au risque de développer des problèmes comportementaux et émotionnels.

Une bonne cohésion familiale (liens émotionnels développés entre chaque membre de la famille) et une parfaite adaptabilité (habilité du système conjugal ou familial à changer sa structure de pouvoir, les rôles dans les relations et les règles dans ces relations en réponse à une situation ou une évolution stressante) seraient des facteurs prédisposants d'une bonne santé mentale.

Il est donc essentiel de tout mettre en œuvre pour développer et maintenir des relations constructives entre parents et enfants, de favoriser toute forme d'expression et de communication auprès des jeunes enfants et des adolescents mais également des parents, de travailler les représentations familiales de « bonne santé mentale » et de « bien-être » (développer des valeurs positives) et de considérer la famille à part entière comme un support favorisant le développement de compétences et de capacités à devenir acteur de sa propre santé et ainsi de pouvoir en améliorer son niveau de bien-être.

La revue de littérature réalisée n'éclaire pas sur les stratégies mises en place par les familles pour contrer ces « difficultés de vie », d'autres recherches devraient permettre de couvrir ce vide.

Quant aux aides proposées par les professionnels, elles existent sous différentes formes (programme de soutien aux familles, mise à disposition de structures d'aides et d'accueil, thérapie familiale, etc) mais encore faut-il que ces « familles » osent évoquer leurs difficultés auprès de professionnels compétents. Le travail d'information et d'éducation doit se poursuivre, voire s'intensifier en ce sens.

7. Bibliographie

Alperstein G., Raman S., Promoting mental health and emotional well-being among children and youth : a role for community child health ? , *Child Care, Health & Development*, 29, 4, pp 269-274.

Bosma H., van de Mheen H.D., Mackenbach J.P., Social class in childhood and general health in adulthood : questionnaire study of contribution of psychological attributes, *BMJ*, Vol. 318, 1999, January, pp 18-22

Browne G., Gafni A., Roberts J., Byrne C., Majumdar B., Effective/efficient mental health programs for school-age children : a synthesis of reviews, *Social Science & Medicine*, n° 58, 2004, pp 1367-1384.

Christensen P., The health-promoting family : a conceptual framework for future research, *Social science & Medicine*, 59, 2004, pp 377-387.

Craven M.A., Nikolaou L., Allen C.J., Crustolo A.M., Kates N., Patient education materials for mental health problems in family practice : does location matter ? , *Patient Education and Counseling*, 2004, article in press

Dressen C., L'apprentissage de la santé en famille, *La santé de l'homme*, n° 343, septembre – octobre 1999, pp 23-24.

Flouri E., Buchanan A., The role of father involvement in children's later mental health, *Journal of Adolescence*, 26, 2003, pp 63-78.

Fernandez E., Effective interventions to promote child and family wellness : a study of outcomes of intervention through Children's Family Centres, *Child and Family Social Work*, Vol 9, 2004, pp 91-104.

Jackson Ch., Henriksen L., Foshee V.A., The authoritative parenting index : predicting health risk behaviors among children and adolescents, *Health Education & Behavior*, Vol. 25, 3, June 1998, pp 319-337.

McMunn A. M., Nazroo J.Y., Marmot M.G., Boreham R., Goodman R., Children's emotional and behavioural well-being and the family environment: findings from the Health Survey for England, *Social Science & Medicine*, 53, 2001, pp 423-440.

Pelchat D., Lefebvre H., A holistic intervention programme for families with a child with a disability, *Issues and Innovations in Nursing Practice, Journal of Advanced Nursing*, 48 (2), Feb 2004, pp124-131.

Schmit G., Rolland A.C., Jacob A., « Comment devient-on un « élève suffisamment bon » ? Est-ce un indice fiable d'une bonne santé mentale ? , *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 51, 2003, pp 308-315.

Spruijt Ed., DeGoede M., Vandervalk I., The well-being of youngsters coming from six different family types, *Patient Education and Counseling*, 45, 2001, pp 285-294

Tubiana M., La santé et la ville : santé physique et santé mentale, Sciences de la vie, 324, 2001, pp 757-767.

Tsey K., Whiteside M., Deemal A., Gibson T., Social determinants of health, the “controlfactor” and the Family Well-being Empowerment Program, Australian Psychiatry, Vol 11 Supplement, 2003, pp S34-S39.

Vallée D., Dynamique familiale et thérapie, La santé de l’homme, n° 343, septembre – octobre 1999, pp 39-40.

Zdanowicz N., Janne P., Reynaert Ch., Les rêves des adolescents de leur future famille sont importants pour leur santé, Annales Médico-Psychologiques, N° 161, 2003, pp 190-196.

Zdanowicz N., Janne P., Reynaert Ch., Family, Health, and adolescence, Psychosomatics, 45 (6), April 2004, pp 500-507.

http://www.clsc-sherbrooke.qc.ca/santé_mentale

8. Annexes

SDQ Items (Strengths and difficulties questionnaire)

McMunn A. M., Nazroo J.Y., Marmot M.G., Boreham R., Goodman R., Children's emotional and behavioural well-being and the family environment: findings from the Health Survey for England, Social Science & Medicine, 53, 2001, pp 423-440.

Hyperactivity

Restless, overactive, cannot stay still for long
Constantly fidgeting or squirming
Thinks things out before acting
Sees tasks through to the end, good attention span
Easily distracted, concentration wanders

Conduct Problems

Often has temper tantrums or hot tempers
Generally obedient, does what adults request
Often fights with other children or bullies them
Often lies or cheats
Steals from home, school or elsewhere

Emotional Symptoms

Often complains of headaches, stomach-aches or sickness
Many worries, often seems worried
Often unhappy, down-hearted or tearful
Nervous or clingy in new situations, easily loses confidence
Many fears, easily scared

Peer Relationships

Rather solitary, tends to play alone
Has at least one good friend
Generally liked by other children
Picked on or bullied by other children
Gets on better with adults than with other children

Prosocial Behaviour

Considerate of other people's feelings
Shares readily with other children (treats, toys, pencils, etc.)
Helpful if someone is hurt, upset or feeling ill
Kind to younger children
Often volunteers to help others (parents, teachers, other children)