

***La capacité d'adaptation des enfants et adolescents
ayant un parent souffrant d'un trouble de l'humeur***

Travail de Bachelor

**Brinda Héritier
N° 11588845**

**Claudia Jacovino
N° 11588746**

**Vanessa Miguelez
N° 11588712**

**Lindsay Rosa
N° 09435058**

Directrice : Delphine Coulon – Chargée d'enseignement HES, Haute Ecole de Santé de Genève

Membre du jury externe : Delphine Roduit – Infirmière HES en psychiatrie et praticienne formatrice, Hôpitaux Universitaires de Genève

Genève, août 2014



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 de bachelor, du juré et de la HEdS.

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

Fait à Genève, le 4 août 2014

Brinda Héritier

Claudia Jacovino

Vanessa Miguelez

Lindsay Rosa

REMERCIEMENTS

Nous souhaitons remercier en particulier les psychologues de la fondation Le Biceps pour le temps accordé et leur enthousiasme.

Nous remercions également les professionnels du terrain pour l'éclairage concret apporté à la thématique. Leurs perspectives ont guidé nos propositions et nos interventions infirmières.

Nous remercions Mme Coulon pour la confiance qu'elle nous a accordée tout au long de ce travail. Elle nous a permis de développer notre autonomie professionnelle.

Un grand merci à nos proches pour leur soutien et leur patience inconditionnels pendant ces deux années de travail. Nous remercions également notre relecteur attitré Alban Gaille.

Merci à chacune pour le soutien mutuel qui a permis une collaboration fructueuse et une évolution sur le plan professionnel et personnel.

RÉSUMÉ

Contexte : Au niveau mondial, l'augmentation épidémiologique des troubles de l'humeur impose aux sociétés la nécessité d'une prise de conscience des politiques de santé publique. Les enfants ayant un parent atteint d'un trouble de l'humeur sont des sujets fragiles et parfois oubliés des services de santé.

Question de recherche : Cette recherche s'inscrit dans la problématique de santé mentale actuelle. L'objectif de cette revue de la littérature est de comprendre comment les enfants et les adolescents s'adaptent à un environnement familial perturbé par le trouble de l'humeur d'un parent.

Cadre théorique : La capacité d'adaptation, développée par la théorie infirmière de Callista Roy, est le concept central. Ce modèle explique les interactions de l'enfant avec son *environnement* et l'émergence de ses capacités d'adaptation, apportant une vision globale dans le processus d'accompagnement. L'enfant *sain* coexiste avec le trouble de l'humeur du parent en développant des stratégies d'adaptation.

Méthode : Une recension de 29 articles publiés entre 2002 et 2013, a permis l'émergence de thèmes récurrents.

Discussion : Les résultats mettent en lumière les ressources de l'enfant mais également les difficultés rencontrées. Au sein d'un environnement stressant, l'enfant ressent des émotions négatives engendrant des répercussions psychosomatiques. Malgré une perturbation des rôles, il maintient un équilibre familial et social. La gestion du trouble de l'humeur du parent favorise l'acquisition de compétences et influence les stratégies adaptatives de l'enfant.

Perspectives : Les actions infirmières s'axeraient sur des interventions décentralisées de l'hôpital afin d'interpeler l'enfant dans la communauté. Des programmes de prévention et de promotion de la santé à l'attention des professionnels, de l'Etat et de la population, pourraient être envisagés afin de prévenir les complications induites par cette maladie psychique.

Mots-clés : *enfant, parents, trouble de l'humeur, adaptation, coping.*

Key words : *children, parents, mood disorder, adaptation, coping.*

TABLE DES MATIÈRES

1	Introduction	6
2	Problématique	7
2.1	Contexte politique	7
2.2	Contexte social	9
2.2.1	<i>Protection de l'enfance</i>	9
2.2.2	<i>Associations et fondations genevoises</i>	10
2.3	Intérêt de l'étude	13
2.4	Définition des termes principaux	15
2.4.1	<i>Troubles de l'humeur</i>	15
2.4.2	<i>Stratégies d'adaptation</i>	16
2.4.3	<i>Résilience</i>	17
2.5	Question de recherche	18
3	Ancrage théorique	19
3.1	L'exploration du modèle d'adaptation de Callista Roy	19
3.2	Elaboration de la thématique selon les concepts majeurs de Callista Roy	20
3.3	Ecole de pensée, paradigme	22
3.4	Hollarchie des connaissances	22
3.5	Métaconcepts	24
3.5.1	<i>La personne</i>	24
3.5.2	<i>La santé</i>	24
3.5.3	<i>L'environnement</i>	24
3.5.4	<i>Le soin</i>	24
4	Méthodologie	26
4.1	Critères d'inclusion et d'exclusion	26
4.2	P.I.C.O.	27
4.3	MeSH Terms	27
4.4	Moteurs de recherche	27
4.5	Analyse des données	28
5	Résultats	29
5.1	Cognator	29
5.2	Regulator	35
5.3	Mode physiologique	39

5.4	Mode concept de soi	40
5.5	Mode interdépendance	41
5.5.1	<i>Relations intrafamiliales</i>	41
5.5.2	<i>Relations sociales</i>	46
5.5.3	<i>Isolement et stigmatisation</i>	51
5.5.4	<i>Hospitalisation du parent</i>	53
5.6	Mode fonction des rôles	54
5.7	Stratégies d'adaptation	57
5.8	Perceptions et compétences de l'enfant	61
6	Discussion	68
6.1	Perturbations émotionnelles liées au quotidien stressant.....	68
6.2	Répercussions psychosomatiques.....	73
6.3	Maintien d'un équilibre personnel, familial et psychosocial.....	74
6.4	Responsabilités dépassées	79
6.5	Gestion émotionnelle et cognitive	81
6.6	Elaboration du savoir selon les expériences vécues	84
7	Projet	89
7.1	Projets réalisés.....	89
7.1.1	<i>Ailleurs dans le monde</i>	89
7.1.2	<i>A Genève</i>	90
7.2	Propositions	91
8	Limites	94
9	Perspectives pour la recherche	96
10	Conclusion	97
11	Liste de références bibliographiques	99
12	Liste bibliographique	103
	Annexe I : Analyse des articles	104

1 INTRODUCTION

Les unités psychiatriques et somatiques confrontent l'infirmier à des patients souffrant de trouble de l'humeur. Au niveau mondial, l'augmentation épidémiologique démontre l'importance de ce phénomène au sein de la société. La maladie psychique ébranle le système familial et la capacité d'adaptation de l'ensemble de ses membres. L'intérêt de cette revue de la littérature se porte sur l'enfant pouvant être affecté dans son équilibre émotionnel et relationnel. Cette thématique, parfois oubliée, est pertinente par son approche systémique.

La maladie psychique désorganise brutalement l'équilibre de la dynamique familiale qui nécessite d'être repensé et restructuré. Souvent mal informé, vulnérable et sensible aux changements de l'organisation familiale, l'enfant peut être mis à l'écart ou victime d'une sur-sollicitation. Les émotions ressenties et non verbalisées engendrent des tensions internes qui peuvent, à long terme, mener au développement de troubles psychopathologiques.

La perspective des soins infirmiers doit s'élargir à l'environnement du parent en s'intéressant à l'enfant. L'identification de ses ressources et de ses stratégies d'adaptation permettra de proposer une prise en soin adéquate et de l'accompagner dans son expérience de santé afin qu'il trouve une place adaptée au sein de sa famille. Quelles interventions pourraient être proposées pour le guider au quotidien dans ses difficultés afin qu'il grandisse de manière harmonieuse et épanouie ? Comment protéger l'enfant et maintenir un climat familial *sain* malgré la maladie psychique ? Cette revue de la littérature explore une problématique complexe et multifactorielle.

2 PROBLÉMATIQUE

2.1 Contexte politique

L'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2012) recense 350 millions de personnes atteintes de dépression dans le monde. Le risque majeur de ce trouble psychique est le suicide. Chaque année, 800'000 personnes âgées de quinze à quarante-quatre ans se suicident, particulièrement dans les pays dits à *faible revenu* et à *revenu intermédiaire* (OMS, 2011). D'ici 2020, la dépression sera la deuxième maladie après les maladies cardio-vasculaires causant le plus haut taux de mortalité (DARES, 2014).

La prévalence mondiale des troubles bipolaires se situe entre 0.1 et 1.7% à un an (Rouillon, 2009, p.793).

L'inclusion de tout le spectre bipolaire augmente cette prévalence de 5 à 7 % de la population. Les zones urbaines seraient les plus touchées sans lien avec le niveau socio-économique. Le risque de décès par suicide est de 15 à 20 %. Le trouble bipolaire occupe le 6^{ème} rang en termes de maladie génératrice de handicap engendrant un coût social et économique (Troubles Bipolaires, 2014).

En Europe, selon les chiffres donnés par l'OMS en 2005, il y aurait 100 millions de personnes atteintes d'anxiété et de dépression. Les troubles paniques et les troubles bipolaires toucheraient 4 millions de personnes. En 2005, lors de la Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la santé mentale, différents aspects ont été mis en évidence tels que les problèmes liés à la santé mentale, la prévention, la promotion et les défis à relever au niveau européen. Les politiciens ont publié une déclaration qui affirme leur prise de conscience et les actions à mettre en place pour le bien-être mental de la population européenne. La citation ci-dessous démontre l'actualité de la problématique.

La communauté sanitaire internationale s'inquiète de l'état de santé mentale de nos jeunes ... il s'agit d'une véritable bombe à retardement et si l'on ne prend pas aujourd'hui les mesures qui s'imposent, ce sont nos enfants, par millions, qui en subiront les conséquences (Troedsson, cité par OMS, 2006, p.81).

Lors de cette réunion, les Etats membres confirment l'intérêt d'une prise en soin précoce.

Il est aujourd'hui admis que dans bien des cas, les troubles mentaux chez l'adulte remontent à l'enfance ... le nombre de jeunes déclarant spontanément souffrir de dépression a augmenté et les nouveaux cas de maladies sont en hausse ... (OMS, 2006, p.81).

Selon l'Office fédéral de la santé publique (OFSP, 2012), 20 à 25% de la population suisse souffrirait de troubles psychiques et 5 à 7 % serait atteinte de dépression. En terme de risque lié à la pathologie, l'OFSP dénombre 1'300 cas de suicide par an.

Le trouble bipolaire concerne 1.5 % de la population suisse soit 100'000 personnes. Ces chiffres sont actuellement revus à la hausse et pourraient être de l'ordre de 2 à 3%, par l'inclusion de tous les sous-types de troubles bipolaires (ATB&D, 2014).

La Confédération helvétique se préoccupe de la santé mentale de ses citoyens. En 2000, l'Etat et les cantons ont mandaté l'Observatoire suisse de la santé (Obsan) et la Direction du projet de la politique suisse de la santé, afin d'élaborer des stratégies nationales. Elles visent à protéger, promouvoir, sauvegarder et rétablir la santé mentale de la population suisse. Les éléments énoncés permettent aux cantons d'élaborer leurs propres politiques de santé mentale (Obsan, 2012).

A Genève, selon le constat de la Direction générale de la santé (DGS, 2007), « la dépression et ses conséquences familiales, scolaires, sociales et professionnelles ainsi que son lien de causalité avec les comportements suicidaires en font une priorité de santé publique » (Granget & Débenay, 2007, p.5). Selon l'Alliance genevoise contre la dépression, « plus la maladie est détectée rapidement mieux elle se soigne. C'est pourquoi le canton poursuit ses efforts en vue d'améliorer la détection et la prise en soin précoce de la dépression » (DARES, 2014). L'Etat de Genève démontre son investissement politique par la mise en place d'objectifs qui promeuvent la santé mentale :

- renforcer les compétences de la vie familiale et les liens familiaux transgénérationnels ;
- déstigmatiser les maladies psychiques dans la population générale par la sensibilisation et l'information des milieux naturels de manière à favoriser, en cas de maladie psychique, l'orientation auprès de professionnels ;
- former les professionnels de première ligne pour développer le dépistage précoce et assurer une orientation sur une prise en charge adéquate ;
- promouvoir la formation continue des intervenants de premiers recours (Granget & Débenay, 2007, p.5-6).

L'article 23 de la Loi sur la santé K1 03 stipule que « l'Etat soutient les actions de promotion de la santé mentale et de prévention des troubles psychiques ». Il sert de cadre complémentaire à celui mis en place par la confédération.

En 2010, l'Alliance contre la dépression a mis en place un service de ligne téléphonique, qui fournit de l'information, des conseils et oriente le public et les professionnels sur la dépression (DARES, 2010).

Les chiffres et les projets politiques présentés mettent en évidence un problème majeur de société. Les autorités politiques, aussi bien à Genève que dans le reste du monde, ont constaté l'expansion du phénomène et mobilisent des moyens pour la prévention et la promotion de la santé mentale. La prise de conscience politique ne s'arrête pas uniquement à l'individu touché par la maladie psychique mais s'étend au-delà, intégrant la famille. En accord avec les Etats, les prises en soin adéquates et la recherche permettent d'avancer dans le combat face aux pathologies psychiatriques et leurs répercussions.

2.2 Contexte social

2.2.1 Protection de l'enfance

En lien avec la thématique présentée, il est important d'aborder certaines notions liées aux droits et devoirs ainsi qu'à la protection de l'enfant. En effet, il peut y avoir une perturbation ou un non-respect de ces éléments lorsque le parent souffre d'un trouble de l'humeur.

L'Organisation des Nations Unies (ONU) a adopté en 1989, une convention internationale relative aux droits de l'enfant. Agréée par tous les pays à l'exception des Etats-Unis d'Amérique et de la Somalie, elle comprend plusieurs articles fondés sur les principes de la non-discrimination, du bien-être et de l'écoute de l'opinion de l'enfant (Unicef, 2013). Parmi eux, le premier alinéa de l'article 18, « la responsabilité des parents » est relevé. En effet, ces derniers ont l'obligation d'élever leur enfant pour son intérêt supérieur et d'assurer au mieux son développement. L'alinéa 2 rajoute que l'Etat a le devoir de promouvoir des institutions qui garantissent le bien-être de l'enfant et qui visent ainsi à atteindre l'objectif de l'alinéa 1 (Unicef, 1989, p.8).

Bien que la Suisse ait ratifié cette convention en 1997, le Code civil suisse (CCS) comprend de nombreux textes de loi relatifs aux droits et devoirs et à la protection de l'enfant et de ses parents, édités au milieu des années 70. Le premier est l'article 276, alinéa 1 du CCS, qui définit « l'obligation d'entretien des père et mère ». Les parents se doivent d'entretenir et « d'assumer leur enfant concernant les frais de son éducation, de

sa formation et des mesures prises pour le protéger » jusqu'à l'âge de la majorité ou la fin de sa formation, comme le précise l'article 277, alinéa 1 et 2 du CCS.

Ensuite, l'article 302, alinéa 1 du CCS traite de l'éducation : « 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 ». Ainsi, si les parents ne sont pas dans la capacité d'éduquer leur enfant comme indique la présente loi et cela pour une quelconque raison, telle qu'une pathologie psychiatrique, l'Etat s'autorise à intervenir pour protéger l'enfant.

Dans la mesure où les parents négligeraient leurs devoirs d'obligation d'entretien, l'article 307, alinéa 1 du CCS, indique que l'autorité de protection de l'enfance (à Genève, il s'agit du Service de la protection des mineurs) « 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 ». De plus, l'alinéa 3 indique que l'Etat 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 ont un droit de regard et d'information ».

2.2.2 Associations et fondations genevoises

Il existe différentes associations qui œuvrent à Genève en faveur des proches de personnes souffrant de troubles psychiques. Celles présentées dans ce chapitre, sont sélectionnées en fonction de la pertinence de la problématique ciblée sur l'enfant.

2.2.2.1 Le Biceps

Indépendante de l'Etat et des services de soins psychiatriques, la fondation Le Biceps est un lieu d'échange pour les jeunes qui s'inquiètent pour un proche (un parent, une sœur ou un frère) en souffrance psychique. Le but est de proposer un lieu d'aide et d'écoute afin de lutter contre la solitude. Ils peuvent se sentir démunis face à la maladie psychique du parent ne sachant pas à qui en parler. Les enfants ont de nombreuses questions et sont soulagés de mettre des mots sur *ce qu'il se passe à la maison*. Le Biceps offre une « information objective et ciblée sur les troubles psychiques et leurs implications dans les relations familiales » (Le Biceps, 2014).

Axé sur la prévention, l'objectif du Biceps est l'accompagnement de l'enfant avant toute manifestation symptomatique. Sans pose de diagnostic, les professionnels l'aident à se recentrer sur lui-même. Les psychologues, par l'intermédiaire d'entretiens individuels ou

collectifs, lui permettent de comprendre qu'il a le droit d'être un enfant à part entière afin d'éviter l'inversion des rôles parent-enfant. L'accompagnement est gratuit et adapté à l'âge de l'enfant, prévu également lors de l'hospitalisation du parent. Les professionnels s'assurent que l'enfant bénéficie d'un cadre de vie adéquat avec des ressources sociales, éducatives et médicales. Le Biceps propose des groupes de soutien entre pairs. S'engageant sur l'année scolaire, les enfants sont répartis en fonction de leur âge : enfants, adolescents et jeunes adultes. L'universalisation par la rencontre d'autres jeunes qui vivent des situations similaires leur permet de sortir de l'isolement. Les outils de communication sont variés, adaptés à l'âge de l'enfant et à la situation familiale. La famille est mise en scène par différents outils de médiation (pâte à modeler, poupées ou Playmobil®). Grâce aux jeux de rôles et aux discussions, ils apprennent à exprimer et à gérer leurs émotions (Le Biceps, 2014).

Les professionnels sont centrés sur l'enfant et ce qu'il vit au quotidien, peu importe le diagnostic du parent. Le travail s'effectue sur les symptômes que l'enfant perçoit. Les professionnels proposent des solutions concrètes telles que des outils de communication avec les parents lors de situation de crise afin d'améliorer le quotidien du jeune. Traversant une période difficile, les parents peuvent également trouver du soutien pour partager en famille et des pistes afin de parler de la maladie à leurs enfants (Le Biceps, 2014).

En relation avec le réseau médico-social genevois, Le Biceps participe à la sensibilisation des professionnels par le biais d'informations et de conférences. Il répond également aux professionnels qui sont à la recherche de solutions pour des situations similaires. La fondation collabore avec le Service de la protection des mineurs (SPMI) qui leur adresse la majorité des enfants ayant une problématique sociale associée telle que des difficultés familiales (divorce ou droit de garde), financières et lors de l'hospitalisation du parent. Le Biceps travaille également avec les professionnels en contact direct avec les enfants comme les assistantes sociales, les conseillers sociaux, les infirmiers du Service Santé Jeunesse (SSJ), les familles d'accueil, les points de rencontre, les pédiatres, les médecins de famille et les psychologues (Le Biceps, 2014).

2.2.2.2 Pro Mente Sana

Active dans toute la Suisse romande, l'association Pro Mente Sana (2014) a pour mission de soutenir les personnes souffrant de maladie psychique et leurs proches. En sensibilisant la population, elle lutte contre les préjugés et la stigmatisation vécus au

quotidien. Elle défend les intérêts et les droits des personnes souffrant de handicap psychique. Collaborant avec de nombreuses institutions et associations, cette organisation offre des informations sur le plan juridique et psychosocial. Elle fournit également des conseils aux professionnels de la santé et du social. Pro Mente Sana informe le grand public afin d'assurer une meilleure compréhension de la maladie psychique et de promouvoir l'intégration sociale et professionnelle des personnes souffrant d'un handicap psychique. L'association met à disposition sur son site internet des renseignements concernant les directives anticipées et des brochures sur les maladies psychiques et leurs traitements (publications également destinées à l'usage des proches).

2.2.2.3 Pro Juventute

Pro Juventute (2014), fondation suisse privée à but non lucratif, offre de nombreuses prestations destinées aux enfants, adolescents et à leurs parents, toutes basées sur la Convention de l'ONU relative aux droits de l'enfant. Ses actions tendent à aider les parents à répondre aux besoins de leur enfant. De plus, elles visent à ce que tous les enfants domiciliés en Suisse puissent jouir des mêmes avantages concernant l'éducation, l'apprentissage et la formation sans discrimination raciale, culturelle ou religieuse.

Pro Juventute (2014) offre gratuitement un service de conseil téléphonique anonyme « Conseil + aide 147 ». Les jeunes peuvent facilement appeler cette structure en cas de questions ou de problèmes personnels, familiaux ou scolaires. D'autres services sont également disponibles pour des conseils plus spécifiques aux parents concernant l'éducation des enfants et les finances.

Genève dispose de son propre centre qui propose des prestations telles que des gardes d'enfants, des aides financières pour les familles défavorisées, des ateliers et des séances d'informations (Café des parents) pour les parents en difficultés ayant des questions concernant l'éducation de leur enfant (Pro Juventute Genève, 2014).

2.2.2.4 Le Relais

Le Relais (2013), association membre du réseau genevois de santé mentale, fournit différentes prestations destinées aux proches de personnes ayant une pathologie psychique. Elle défend leurs droits et leur apporte de l'information sur les maladies psychiques et leurs traitements. Cette association leur permet de partager leurs difficultés en développant la solidarité et la confiance en soi. De plus, elle combat la discrimination, l'exclusion et la précarisation des personnes souffrant de troubles psychiques. Elle

participe à la création de lieux adaptés, offrant de réelles possibilités d'accompagnement et d'insertion sociale. Le Relais travaille en partenariat avec d'autres institutions et services publics et privés dans le développement de la recherche.

2.3 Intérêt de l'étude

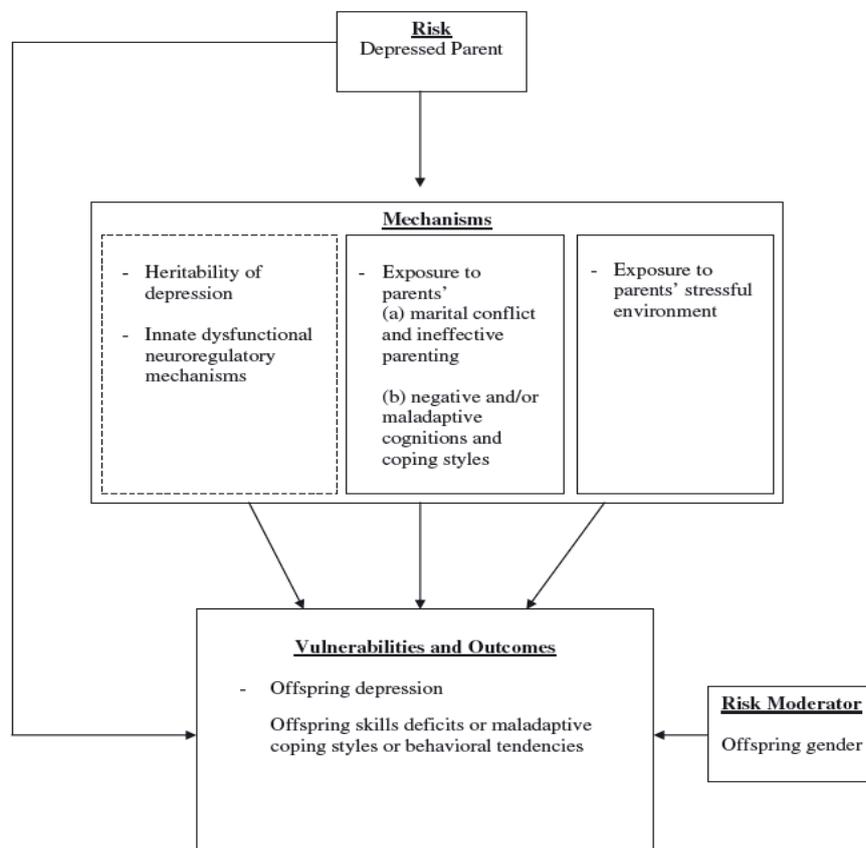
Au niveau mondial, d'après l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2012), les enfants sont touchés à hauteur de 20%, toutes maladies affectant la santé mentale confondues. Evoluant dans une dynamique familiale perturbée, les enfants sont pour la plupart exposés à de nombreux facteurs de risque pouvant entraver leur propre épanouissement ainsi que leur vie affective et sociale. Le but de cette recherche n'est pas centré sur la transmission psychopathologique entre les parents souffrant d'un trouble de l'humeur et l'enfant. Cependant, cette notion apparaît comme un facteur essentiel de la problématique permettant de mesurer l'impact de la maladie psychique.

La majorité des études sélectionnées relèvent un point commun, les enfants ayant un parent atteint d'une pathologie psychiatrique sont plus à risque de développer un trouble de l'humeur et de rencontrer des problèmes émotionnels ou comportementaux (Fraser & Pakenham, 2009 ; Jones, Tai, Evershed, Knowles & Bentall, 2006 ; Lapalme, Hodgins & Laroche, 1997 ; LeFrançois, 2010). Selon Lapalme et al. (1997), le trouble de l'humeur a potentiellement le même impact que l'ensemble des maladies mentales sur le risque de transmission intergénérationnelle. Ainsi, les enfants ont 2.5 fois plus de risque de développer des troubles mentaux et 4 fois plus de risque de développer un trouble affectif (traduction libre, p.625-626).

Lorsque le parent présente des compétences parentales déficientes, l'impact sur le développement de l'enfant peut être majeur engendrant des difficultés interpersonnelles et des troubles de l'attachement. La pathologie psychique induit une réduction des interactions relationnelles entre le parent et l'enfant, diminue la satisfaction de vie de l'enfant et fragilise sa santé physique. L'ensemble de ces difficultés sont d'autant plus importantes si les deux parents sont touchés par un trouble mental. Néanmoins, les effets négatifs peuvent être réduits lorsqu'un parent présente une bonne santé mentale (LeFrançois, 2010, traduction libre, p.124-125).

Goodman et Gotlib (2002) ont adapté un modèle intégratif démontrant le risque de transmission intergénérationnelle des enfants ayant une mère souffrant de dépression. Ils illustrent les cinq mécanismes induisant une dépression ou ayant un effet négatif sur le

développement psychologique de l'enfant. Les *facteurs biologiques* sont l'hérédité et les mécanismes neurorégulateurs dysfonctionnels. Les *facteurs environnementaux* sont le stress parental, les conflits familiaux et les stratégies adaptatives négatives (mal adaptées). Ces deux facteurs augmentent le risque de développer une dépression ou favorisent une mauvaise habileté dans la mobilisation de stratégies adaptatives de l'enfant. Ce modèle peut être transposé pour les troubles de l'humeur. Les mécanismes d'adaptation de l'enfant ne dépendent pas du diagnostic du parent. En effet, l'enfant développe des stratégies adaptatives en fonction des *stimulis* environnementaux perçus (cité par Timko, Cronkite & Moos, 2010, traduction libre, p.123).



Tirée de : Timko, Cronkite & Moos, 2010

Ce modèle met en évidence une problématique multifactorielle et non linéaire comme confirmé par différents auteurs (Knutsson-Medin, Edlund & Ramklint, 2007 ; Silk, Shaw, Skuban, Oland & Kovacs, 2006 ; Timko et al., 2010). En effet, selon Knutsson-Medin et al. (2007), le risque qu'un jeune ayant un parent souffrant d'un trouble psychique développe lui-même un trouble semblable est lié à des facteurs individuels (biologiques et génétiques) et contextuels (traduction libre, p.750).

Plusieurs hypothèses mettent en avant l'environnement familial comme activateur d'une prédisposition génétique (Fraser & Pakenham, 2009 ; Jones et al., 2006 ; Knutsson-Medin et al., 2007 ; Lapalme et al., 1997 ; LeFrançois, 2010 ; Silk et al., 2006 ; Timko et al., 2010). Une question essentielle reste en suspens : pourquoi certains enfants succombent à une maladie psychique, alors que d'autres ne sont que peu affectés ? L'intérêt de cette thématique se porte sur le caractère acquis de la maladie psychique et non sur ce qui est inné.

De nombreuses études ont mis en évidence l'impact de la maladie mentale d'un parent sur le développement de son enfant. Les données épidémiologiques démontrent l'incidence élevée des troubles de l'humeur et permettent la reconnaissance d'une maladie de société. Mais qu'en est-il de l'impact sur l'entourage ? Cette question demande de l'intérêt pour l'innocence. L'enfant, Etre en bonne santé, est souvent peu considéré lors de la maladie mentale du parent. Il s'agit d'un problème communautaire actuel qui apporte un regard différent sur la santé. L'acquisition de connaissances sur l'adaptation de l'enfant face à son environnement permet de développer une prise en soin globale. « La discipline étant dynamique, elle est à l'écoute des besoins émergents de la société en constante transformation » (Pépin, Kérouac & Ducharme, 2010, p.4). La capacité de l'enfant à gérer la maladie au quotidien est perçue comme source d'apprentissage pour la discipline. Accompagné par l'infirmier, il développe des stratégies adaptatives afin de faire face à une dynamique familiale perturbée.

2.4 Définition des termes principaux

La clarification des différents termes utilisés est nécessaire à la compréhension de la problématique abordée.

2.4.1 Troubles de l'humeur

Selon le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV, 2003), la caractéristique principale des troubles de l'humeur est une perturbation de l'humeur, incluant pour ce travail de recherche, les troubles dépressifs¹ et les troubles bipolaires² (p.399-403). La Classification Statistique Internationale des Maladies et des Problèmes de

¹ Les *troubles dépressifs* incluent le trouble dépressif majeur, le trouble dysthymique et le trouble dépressif non spécifié.

² Les *troubles bipolaires* incluent le trouble bipolaire I et II, le trouble cyclothymique et le trouble bipolaire non spécifié.

Santé (CIM-10, 2008) associe le terme *affectif* au diagnostic du trouble de l'humeur. Néanmoins, les définitions des pathologies restent identiques à celle du DSM-IV.

Selon le DSM-IV (2003), les troubles dépressifs sont caractérisés par « une humeur dépressive, une perte d'intérêt ou de plaisir pour presque toutes les activités, persistant au moins deux semaines » (p.403).

Pour être diagnostiqué, le sujet doit de surcroît, présenter au moins quatre symptômes supplémentaires, tels qu'un changement de l'appétit ou du poids, du sommeil et l'activité psychomotrice ; réduction de l'énergie ; idées de dévalorisation ou de culpabilité ; difficulté à penser, à se concentrer ou à prendre des décisions ; idées de mort récurrentes, idées suicidaires, plan ou tentatives de suicide (p.403).

D'après Purdmaa (2005), « le trouble bipolaire est caractérisé par la fluctuation anormale de l'humeur, qui oscille entre des périodes d'excitation marquée (manie) et de mélancolie profonde (dépression), entrecoupées de périodes de stabilité » (p.4).

2.4.2 Stratégies d'adaptation

Selon Roy et Andrews (1999), le processus adaptatif représente les capacités innées ou acquises à interagir avec l'environnement. Les mécanismes d'adaptation innés sont génétiquement déterminés et communs à l'espèce humaine. Ils sont considérés comme des processus automatiques. Les mécanismes acquis sont développés grâce à des stratégies telles que l'apprentissage. Les expériences vécues tout au long de la vie, contribuent aux réponses habituelles à des *stimulis*. Les réponses adaptatives promeuvent l'intégrité du système humain (cité par Alligood & Tomey, 2010, traduction libre, p.336-338).

Selon Lazarus et Folkman (1984), les stratégies adaptatives sont classifiées selon plusieurs catégories. Elles sont scindées en *réponses volontaires* et en *réponses involontaires* puis sous-catégorisées en *engagement* ou *désengagement* face à un facteur de stress (cité par Fraser & Pakenham, 2009, traduction libre, p.575 ; Langrock, Compas, Keller, Merchant & Copeland, 2002, traduction libre, p.313).

Les *réponses volontaires* :

- stratégies d'engagement primaire : la résolution de problèmes et la régulation émotionnelle ;
- stratégies d'engagement secondaire : l'acceptation et la restructuration cognitive (pensées positives et distraction) ;
- stratégies de désengagement : l'évitement et le déni.

Les réponses involontaires :

- engagement involontaire : les ruminations et les actions impulsives ;
- désengagement involontaire : l'évitement involontaire et les émotions paralysées.

2.4.3 Résilience

Les auteurs recensés différencient difficilement la stratégie d'adaptation et la résilience. Pour faciliter la compréhension des résultats de cette revue de la littérature, la résilience est assimilée aux stratégies d'adaptation. La discussion permettra de mieux différencier le processus adaptatif de celui de la résilience.

La confrontation précoce aux troubles de l'humeur bouleverse l'enfant. Les écrits de Cyrulnik (2002) concernant la résilience permettent la clarification du concept. « L'homme blessé est contraint à la métamorphose ». La signification première de la résilience est « l'aptitude d'un corps à résister à un choc » (p.8). Comment évoluer et devenir un être humain malgré l'environnement perturbé par le trouble de l'humeur ? La résilience est le chemin vers l'humanité, malgré les obstacles à cet accomplissement. Comment grandir et se construire dans un milieu imprégné par la souffrance psychique ? Comment rester *enfant* face à la confrontation précoce à des parents imparfaits ? La résilience représente l'accomplissement ; la construction d'une bâtisse solide alors que les fondations sont imparfaites ou absentes.

Selon Vanistendael (1998), la résilience est « la capacité à réussir, à vivre et à se développer positivement, de manière socialement acceptable, en dépit du stress ou d'une adversité qui comportent normalement le risque grave d'une issue négative » (cité par Cyrulnik, 2002, p.8).

Selon Waller (2001), l'habileté à répondre de manière adaptée face à l'adversité est conceptualisée comme le processus par lequel les effets nuisibles ou préjudiciables des facteurs de risque sont ajustés ou supprimés par l'influence des facteurs de protection (cité par Fraser & Pakenham, 2009, traduction libre, p.573-574). Selon Rutter (1993), les mécanismes de résilience améliorent l'estime de soi et la promotion des opportunités positives pour l'individu (cité par Fraser & Pakenham, 2009, traduction libre, p.574).

Selon Greeff, Vansteenwegen et Ide (2006), la résilience intègre trois facteurs de protection contribuant au maintien ou à l'amélioration de la santé de l'individu. Ces facteurs sont :

- individuels : faire face aux situations stressantes et avoir confiance en soi ;
- familiaux : figure parentale stable et parents proches ;

- soutien social et environnemental : groupe d'entraide, amis et professionnels de la santé (traduction libre, p.288).

2.5 Question de recherche

Cette revue de la littérature aborde l'adaptation des enfants et des adolescents, âgés de quatre à vingt-six ans, évoluant dans un environnement perturbé par le trouble de l'humeur d'un parent.

Le premier objectif de la recherche consiste à répondre à la question:

Comment l'enfant et l'adolescent s'adaptent dans un environnement perturbé par le trouble de l'humeur d'un parent ?

La thématique explore le système adaptatif de l'enfant et les différentes stratégies d'adaptation positives ou négatives mobilisées face à une dynamique familiale perturbée.

La recension des écrits sur l'adaptation de l'enfant mettra en évidence des pistes pour la prise en soin de cette population. Ainsi, le deuxième objectif vise à proposer des interventions infirmières pour les enfants ayant un parent souffrant d'un trouble de l'humeur vivant au sein de la communauté. En tant qu'infirmier, quels seraient les approches à adopter permettant un meilleur niveau d'adaptation de l'enfant ? Le projet se centrerait au sein des milieux scolaires, parascolaires et associatifs, dédiés à la protection de l'enfance. Cette recherche est intégrée dans la problématique de santé publique actuelle, en postulant pour une intervention décentralisée de l'hôpital.

3 ANCRAGE THÉORIQUE

L'intérêt de l'étude se porte sur la capacité d'adaptation des enfants ayant un parent souffrant d'un trouble de l'humeur. Le modèle adaptatif de Callista Roy sert de support à l'exploration de ce processus. La *personne*, représentée par l'enfant, possède un système adaptatif unique. Il doit trouver un équilibre en présence de la pathologie psychique du parent en émettant des réponses adaptatives efficaces ou inefficaces. Selon Roy (1997), la *santé* est la capacité de l'individu à faire face à un *environnement* perturbé selon les quatre modes d'adaptation. Aspect novateur de cette théorie, la *santé* de l'enfant coexiste avec le trouble l'humeur du parent (cité par Pépin, Kérouac & Ducharme, 2010, p.61-62). En plus des prédispositions génétiques, l'enfant est quotidiennement exposé à des facteurs de risque environnementaux.

L'observation de la dynamique familiale permet de repérer les éléments qui déstabilisent l'ensemble du système. Les rôles et les interactions entre chaque membre influencent la capacité d'adaptation de l'enfant, perturbée par la symptomatologie du parent. Propre à chacun, cette capacité dépend de plusieurs facteurs tels que l'hérédité, la gestion du stress et la qualité de l'environnement familial et social.

Les concepts de Roy permettent d'expliquer les interactions avec l'*environnement* et l'émergence de réponses adaptatives de l'enfant. La résolution de cette problématique réside dans le rôle infirmier favorisant la promotion et l'amélioration des stratégies adaptatives mobilisées par l'enfant (Roy et Andrews, 1999 cité par Alligood & Tomey, 2010, traduction libre, p.342-346). En effet, par l'observation des comportements de l'enfant, l'infirmier met en évidence ses stratégies d'adaptation efficaces ou non. En déterminant les *stimulis* qui provoquent un déséquilibre, il met en place des actions afin d'aider l'enfant à émettre des réponses adaptatives. Le soignant l'accompagne au travers des difficultés rencontrées et l'aide à trouver son propre équilibre au sein de sa famille.

3.1 L'exploration du modèle d'adaptation de Callista Roy

Ce modèle a permis de construire des bases conceptuelles solides. L'acquisition d'un vocabulaire spécifique apporte un nouveau regard sur la thématique. Les éléments théoriques du modèle de Roy enrichissent une réflexion personnelle et disciplinaire.

Le concept central étant l'adaptation, Roy ne le différencie pas du *coping*. Il peut être interprété comme les différentes stratégies adaptatives mobilisées par l'enfant.

La particularité du *métaconcept* de la *santé* est qu'il ne représente pas l'absence de maladie. Selon Fawcett (1987), Roy n'a pas défini la *santé* de manière précise, permettant à la *personne* d'affiner sa propre définition (cité par Patton, 2004, traduction libre, p.224). Cet aspect est essentiel pour la problématique ; l'enfant vivant dans un milieu familial perturbé doit trouver son équilibre afin d'être en *santé*.

La *santé* est un processus d'interaction et d'intégration entre la *personne* et son *environnement*. Il s'agit d'un processus adaptatif continu se manifestant par l'intégration des composantes *physiologiques*, du *concept de soi*, de la *fonction des rôles* et de l'*interdépendance*. Les interactions positives avec l'*environnement* promeuvent la *santé*. Un manque de *santé* est un manque d'intégration sans pour autant signifier la présence d'une maladie (Roy, 2009 ; Roy & Corliss, 1993 ; Roy & Andrews, 1991 cités par Fawcett & DeSanto-Medeya, 2013, traduction libre, p.274-275). La compréhension de ce *métaconcept* au niveau professionnel, permet de développer une perspective nouvelle pour les soins infirmiers. Par l'intérêt porté à la *personne saine*, l'enfant qui possède un système d'adaptation unique, demande d'ajuster chaque prise en soin.

3.2 Elaboration de la thématique selon les concepts majeurs de Callista Roy

La famille représente un ensemble dont le but est de fonctionner comme un tout indivisible, plus grand que la somme de ses parties. L'enfant fonctionne en interdépendance avec les éléments qui composent le système. La compréhension de la capacité d'adaptation de l'enfant représente son évolution dans la dynamique *intégration-compensation-compromis*. Au-delà des difficultés, il s'agit de mettre en évidence ses compétences face à une dynamique familiale perturbée. Les stratégies adaptatives interagissent avec l'*environnement*, composées de mécanismes innés génétiquement déterminés et communs à l'espèce humaine. L'enfant naît avec un bagage qui lui permet de faire face aux expériences de la vie. Au cours de son évolution, il acquiert de nouvelles stratégies adaptatives par l'éducation et l'apprentissage. Ces mécanismes permettent la stabilité et le changement dans son processus de vie (Alligood & Tomey, 2010, traduction libre p.343-344, 354).

Selon Roy et Andrews (1999), l'enfant est composé de systèmes complexes qui favorisent l'adaptation. L'enfant a des réponses cognitivo-émotionnelles innées et acquises (*cognator*) telles que le processus de perception, d'information, d'apprentissage et de jugement. Lors de son expérience de vie avec un parent qui souffre d'un trouble de l'humeur, l'enfant développe des capacités cognitives et émotionnelles afin de négocier avec son *environnement*. Il a également des réponses automatiques innées (*regulator*) telles que les processus physiologiques et le stress (cité par Alligood & Tomey, 2010, traduction libre, p.338-339 ; Pépin, Kérouac & Ducharme, 2010, p.61-62).

Dès l'enfance, un attachement insécuré provoqué par une dynamique familiale perturbée favorise des réponses inadaptées lors de futures relations interpersonnelles. Dès lors, ces deux types de réponses *cognator* et *regulator* sont interdépendantes, représentées par un processus de contrôle qui favorise l'équilibre de l'enfant (Roy & Andrews cité par Alligood & Tomey, 2010, traduction libre, p.338-339 ; Pépin, Kérouac & Ducharme, 2010, p.61-62).

Selon Roy et Andrews (1991, 1999), les *stimulis* influencent l'enfant dans son *environnement* et engendrent des réponses selon quatre modes adaptatifs. Le *mode physiologique* permet à l'enfant de répondre à ses besoins de base tout en conservant son intégrité. Des *stimulis* provenant du parent atteint d'un trouble de l'humeur affectent potentiellement l'enfant dans la qualité de son sommeil et dans son alimentation. Le *mode concept de soi individuel* conserve l'intégrité spirituelle et psychique de l'enfant. Il est composé d'un soi physique et d'un soi personnel. La confiance en soi est caractérisée par ses propres perceptions et celles des autres. Selon la manière dont l'*environnement* le perçoit, il développe une bonne ou une mauvaise estime de lui-même ainsi qu'une image corporelle *saine* ou *troublée*. Le *concept de soi en groupe* permet à l'enfant de trouver son identité au sein de la société et de déterminer ses relations interpersonnelles, intrafamiliales et sociales. Le soutien social et familial (fratrie) favorise des stratégies adaptatives efficaces. Le *mode fonction des rôles* représente les différents rôles que l'enfant endosse dans la société mais surtout au sein de sa famille. Il peut voir son rôle propre s'inverser avec celui du parent souffrant d'un trouble de l'humeur. Finalement, le *mode interdépendance* définit les échanges relationnels de l'enfant avec son *environnement*. L'enfant a besoin d'amour et de respect provenant des personnes significatives de son entourage ainsi que d'un système de soutien social lui permettant d'échanger avec ses pairs (Fawcett & DeSanto-Medeya, 2013, traduction libre, p.272-273 ; Pépin, Kérouac & Ducharme, 2010, p.61-62).

3.3 Ecole de pensée, paradigme

Le modèle de Callista Roy fait partie du paradigme de *l'intégration*. L'interaction de l'enfant avec son *environnement* est un point central. La recherche des besoins de l'enfant consiste à *agir avec* en tenant compte de ses perceptions. La situation dans laquelle se trouve l'enfant est essentielle ; grâce à sa capacité d'adaptation, il cherche les meilleures stratégies possibles pour atteindre une santé optimale (Pépin, Kérouac, & Ducharme, 2010, p.40-41). La notion de collaboration est importante : l'enfant a besoin de l'infirmier pour évoluer dans son *environnement*. Le soignant a également besoin de collaborer avec l'enfant pour établir une prise en soin optimale.

3.4 Hierarchy des connaissances

L'analyse du modèle de Roy reflète sa notion abstraite en tant que théorie faisant partie des sciences infirmières. L'utilisation de la théorie pour la pratique, notion concrète, oriente la prise en soin. La philosophie de soin de Roy est centrée sur le rôle infirmier. Roy décrit l'infirmier comme « aidant le patient à s'adapter à une difficulté de la vie actuelle tout en préservant la santé et les modes adaptatifs » (Roy & Andrews, 1999 cité par Patton, 2004, traduction libre, p.222).

La complexité de cette théorie de soin rend son accès difficile pour une utilisation dans la pratique infirmière (Patton, 2004, traduction libre, p.221). Cependant, la classification des besoins de la *personne* selon les quatre modes adaptatifs, guide la pratique. La pertinence du modèle aurait besoin d'indicateurs empiriques afin de mesurer les effets de son utilisation (Fawcett, 2005 cité par Pépin, Kérouac & Ducharme, 2010, p.62-63).

Selon Fawcett et DeSanto-Medeya (2013), le modèle de Roy est une combinaison de pensées inductives et déductives. La déduction, s'inspirant des théories systémiques, se trouve dans la conceptualisation de l'adaptation et l'identification des facteurs qui influencent le niveau d'adaptation. Sa vision contemporaine de la science et de la relation entre la *personne* et son *environnement* met en évidence un Etre humain étant un système adaptatif. L'approche inductive se trouve dans l'identification des quatre modes d'adaptation étant une classification des comportements (traduction libre, p.267).

Le *focus* unique du modèle est le système adaptatif qui se manifeste au sein de l'Humain et de son *environnement* (Roy, 2009 ; Roy & Andrews, 1999 cités par Fawcett & DeSanto-Medeya, 2013, traduction libre, p.268). L'adaptation, noyau central de cette

théorie, maintient l'intégrité du système. Les problèmes d'adaptation surviennent quand le système adaptatif humain n'est pas capable de faire face ou de répondre à un *stimuli focal, contextuel et résiduel* provenant de *l'environnement* externe et interne. Ainsi, le système humain affecté par son *environnement*, l'affecte également à son tour. Le système humain et son *environnement* sont en interaction constante avec les autres (Roy 1989, 2009 ; Roy & Andrews, 1999 cités par Fawcett & DeSanto-Medeya, 2013, traduction libre, p.268).

Roy (1989) maintient que son modèle est considéré comme un concept systémique car il contient plusieurs niveaux d'interactions. En effet, la notion systémique est définie par le système humain adaptatif évoluant dans un processus complexe d'interactions. *L'environnement* en tant que conditions, circonstances et influences, entoure et affecte le développement et les comportements de l'individu et du groupe (Roy 1989, 2009 cités par Fawcett & DeSanto-Medeya, 2013, traduction libre, p.268). Cependant, certains auteurs (Meleys, 1997 ; Marriner-Tomey, 1989) le placent dans un système de catégorisation par la classification des comportements selon les quatre modes adaptatifs (cités par Fawcett & DeSanto-Medeya, 2013, traduction libre, p.268). Dans la même optique, Barnum (1998) considère ce modèle comme une catégorisation d'interventions (cité par Fawcett & DeSanto-Medeya, 2013, traduction libre, p.268).

La *fonction des rôles* est l'expression de l'interaction de la *personne* avec son *environnement* en conservant son intégrité sociale. Le *mode interdépendance* maintient les relations avec les personnes significatives. La perception développe le *cognator* et le *regulator*, en tant que processus adaptatifs, par l'interprétation et la conscience du monde. Dans ce mode, la communication permet à la *personne* d'interagir avec *l'environnement*. Le *mode du concept de soi* par l'interaction avec l'autre et *l'environnement*, construit la perception de soi (Roy 1989, 2009 cités par Fawcett & DeSanto-Medeya, 2013, traduction libre, p.269).

Le modèle de Roy reflète une vision du monde dont les éléments sont en interaction réciproque. L'interaction appuie une vision holistique de la *personne*. L'Être humain et *l'environnement* sont définis comme un système adaptatif en constant changement. La vie de l'Être humain n'est jamais la même avec chaque jour de nouveaux défis à relever. Le concept d'adaptation démontre que la personne n'est pas passive face à son *environnement*. En tant que système, elle participe activement à ses soins (Roy 1997, 2009 ; Roy & Andrews, 1999 ; Roy & Roberts, 1981 cités par Fawcett & DeSanto-Medeya, 2013, traduction libre, p.268). Ce modèle reste abstrait mais peut être adapté comme philosophie de soin afin de développer des outils empiriques pour la pratique

(Fawcett, 2005 cité par Pépin, Kérouac & Ducharme, 2010, p.62-63 ; Patton 2004, traduction libre, p.224).

3.5 Métaconcepts

3.5.1 La personne

Dans ce phénomène d'intérêt, le système humain est représenté par l'enfant, système ouvert, recevant des *soins* centrés sur lui-même. Evoluant dans un *environnement* composé d'un parent souffrant d'un trouble de l'humeur, l'enfant a la capacité de s'ajuster aux *stimulis* grâce aux quatre modes d'adaptation. Face à cette situation, l'enfant réagit de manière efficace ou inefficace (Roy & Andrews, 1999 cité par Alligood & Tomey, 2010, traduction libre, p.342).

3.5.2 La santé

La *santé* de l'enfant est reflétée par l'adaptation face aux *stimulis* environnementaux. Le trouble de l'humeur du parent coexiste avec la *santé* de l'enfant, lui demandant de trouver un équilibre. La *santé* ne se définit pas par l'absence de maladie (Roy, 1984 ; Roy & Andrews, 1991, 1999 cités par Alligood & Tomey, 2010, traduction libre, p.342).

3.5.3 L'environnement

L'enfant est soumis à des facteurs internes représentés par ses prédispositions génétiques ainsi que sa réaction à l'attachement parental. Les facteurs externes correspondent à l'influence du comportement de la mère ou du père. L'enfant a besoin d'énergie pour élaborer des réponses adaptatives au changement de son *environnement* (Roy & Andrews, 1991, 1999 cités par Alligood & Tomey, 2010, traduction libre, p.342-343).

3.5.4 Le soin

L'observation des comportements de l'enfant permet à l'infirmier de mettre en évidence les *stimulis* internes et externes de son *environnement* et ainsi, l'aider à émettre des réponses adaptatives positives. L'action des *soins* infirmiers vise à améliorer l'interaction

de l'enfant avec ses parents, assurant un niveau plus élevé d'adaptation et une meilleure gestion des *stimulis* (Roy, 1984 ; Roy & Andrews, 1991, 1999 cités par Alligood & Tomey, 2010, traduction libre, p.341-342). L'enfant est impliqué dans l'évaluation de ses besoins et dans la planification des interventions infirmières (Patton, 2004, traduction libre, p.223).

4 MÉTHODOLOGIE

Ce chapitre illustre la méthodologie utilisée pour construire le travail de Bachelor. La base théorique est élaborée selon les écrits d'Aligood et Tomey (2010), Fawcett & DeSanto-Medeya (2013) et Pépin, Kérouac et Ducharme (2010).

Les bases de données utilisées pour la création de cette revue de la littérature incluent CINHALL et PubMed. Dans un deuxième temps, les références bibliographiques ont complété la recension. La sélection des articles de recherches s'est effectuée selon les critères d'inclusion et d'exclusion.

4.1 Critères d'inclusion et d'exclusion

Les articles de langue française, anglaise, espagnole et portugaise sont inclus. Les devis qualitatifs, quantitatifs et mixtes intègrent les critères d'inclusion. La majorité des articles de recherche analysés et retenus pour la revue de la littérature sont de devis quantitatif. Les revues de la littérature recensées dans les résultats ont permis l'élaboration d'une vision globale de la thématique.

Lors de la recension CINHALL et PubMed, le manque d'études sur le sujet a contraint à inclure un large éventail d'âge. Ainsi, de nombreuses recherches regroupent des enfants et des adolescents en un seul échantillon. Les études de devis rétrospectif sont prises en compte malgré une population adulte.

Les articles publiés avant l'année 2002 sont exclus, à l'exception de deux articles fondamentaux datant de 1997³. Les revues de la littérature composées de sources antérieures à l'année 2002 sont rejetées. Les articles s'intéressant uniquement à la transmission intergénérationnelle ne sont pas retenus. Seule l'étude de Lapalme, Hodgins et Laroche (1997) est conservée, faisant partie des articles fondamentaux, citée dans la majorité des recherches recensées.

Les autres critères d'exclusion sont : la santé mentale en pédiatrie, le cancer et les maladies somatiques. L'intérêt se porte sur les expériences d'enfants sans trouble psychique ou somatique mais évoluant dans une structure familiale perturbée, due à un

³ Garley, D., Gallop, R., Johnston, N. & Piptione, J. (1997). Children of the mentally ill : a qualitative focus group approach. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 4, 97-103.

Lapalme, M., Hodgins, S. & Laroche, C. (1997). Children of parents with bipolar disorder : a meta-analysis of risk for mental disorders. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 42, 623-631.

parent ayant un trouble de l'humeur. Les études présentant des échantillons comportant plus de 50 % de parents souffrant de pathologies psychiques autres que les troubles de l'humeur, sont exclues.

4.2 P.I.C.O.

L'utilisation de la méthode P.I.C.O. cible les éléments essentiels de cette recherche : les enfants, la santé mentale et l'adaptation.

P : Enfants et Santé mentale ou Trouble de l'humeur d'un parent ou Approche familiale

I : Adaptation ou *Coping* ou Résilience

C : Approche familiale ou Contexte

O : Adaptation

4.3 MeSH Terms

Les MeSH Terms du P.I.C.O. introduits progressivement permettent d'obtenir un maximum de résultats. Après détermination du P.I.C.O, les recherches sont effectuées avec les MeSH Terms suivants :

Children *AND* Mood disorder *AND* Adaptation *OR* Coping *AND* Parents

4.4 Moteurs de recherche

La première phase de recension en décembre 2012 effectuée au moyen du moteur de recherche CINHALL, dénombre un total de 1'576 résultats. Après la lecture des études, 14 articles essentiels sont retenus. Une seconde recension a été effectuée afin d'inclure les dernières publications de 2012 et 2013. Au total, 258 articles supplémentaires sont ressortis. Un seul article est conservé, déjà présent dans la recension effectuée en 2012.

Pour le moteur de recherche PubMed, le total est de 4'368 articles. Après la lecture des études, 20 articles essentiels sont retenus.

Suite à la comptabilisation des articles essentiels, les MeSH Terms ont exclus les articles comprenant les troubles dépressifs. Pour chacun des articles recensés par les moteurs de recherche, la bibliographie a été explorée afin de compléter la revue. Cette démarche a permis de trouver 107 articles supplémentaires. Après lecture des études, 30 articles essentiels sont retenus. Le nombre important d'articles trouvés indique que les MeSH Terms de départ ont restreint le champ de recherche. Après lecture des articles de la bibliographie, le terme *depression*, aurait dû être inclus dans les premières phases de recherche (CINHAL et PubMed). Ce biais a limité le nombre d'articles essentiels en lien avec la problématique. Le manque d'expérience est certainement une cause de cette défaillance dans le processus de recherche.

Cette dernière recension a permis de renforcer la problématique par la qualité et le nombre suffisant d'études. Après la lecture et l'analyse approfondies de l'ensemble des 64 articles essentiels, 29 articles nourrissent la problématique.

4.5 Analyse des données

Pour l'ensemble des moteurs de recherche, les articles ont été triés en fonction de leur titre puis de leur résumé. La totalité des études recensée a été lue et analysée. La sélection finale des articles n'est pas arbitraire mais fondée sur la pertinence et les critères d'exclusion de cette revue.

Les articles ont été répartis équitablement entre les quatre membres du groupe de travail. Les résultats présentés ont été mis en commun en s'inspirant du modèle adaptatif de Callista Roy. Cette catégorisation fluidifie la lecture du travail. Les articles sont présentés selon une analyse critique inspirée par le modèle de la grille Fortin (2010). L'analyse d'article est illustrée au moyen de tableaux annexés et les données importantes sont présentées dans le chapitre des résultats. Afin d'homogénéiser les résultats et la discussion, l'appellation *enfant* se réfère tant aux enfants qu'aux adolescents et jeunes adultes (4 à 26 ans).

La synthèse des résultats a fait émerger des thèmes récurrents qui seront présentés dans la discussion.

5 RÉSULTATS

Les résultats recensés sont présentés selon le modèle de Roy qui catégorise les données selon les systèmes et les quatre modes adaptatifs. D'autres sous-titres sont ajoutés en raison de leur pertinence pour cette problématique.

L'enfant est confronté à des difficultés psychosociales importantes en comparaison à la population générale. Face à elles, il réagit par l'intermédiaire des systèmes adaptatifs (*cognator* et *regulator*) efficaces ou inefficaces. En plus du risque génétique, le trouble de l'humeur du parent confronte l'enfant à l'adversité sociale, à la perturbation du rôle parental, au stress et au tempérament dysfonctionnel du parent.

5.1 Cognator

Le *cognator* regroupe les réponses cognitives et émotionnelles qui composent les mécanismes d'adaptation. L'enfant ressent des émotions positives ou négatives qui influencent ses stratégies adaptatives. La peur, l'inquiétude, l'anxiété et les symptômes physiques associés démontrent l'impact du trouble de l'humeur sur le fonctionnement de l'enfant.

Les réponses telles que la perception, l'apprentissage et le jugement influencent l'adaptation. Le *cognator* permet à l'enfant de négocier avec l'environnement en régulant ses émotions. Silk, Shaw, Skuban, Oland et Kovacs (2006) ont mené une étude corrélationnelle dont l'objectif est de déterminer les stratégies de régulation des émotions mobilisées (*distraction active, focalisation sur un objet, attente passive, demande d'informations* et *réconfort physique*) entre un groupe d'enfants (n=49, âgés de 4 à 7 ans) ayant une mère atteinte de dépression et un groupe (n=37) ayant une mère saine. Un laboratoire d'observation a permis aux chercheurs, aidés de l'outil *Behavioral coding of child emotion regulation strategies*⁴, d'évaluer les comportements et les réactions des enfants durant deux heures et demie. Des scénarii, préalablement choisis par les auteurs, ont été joués par les mères. Le faible nombre d'enfants (n=37) dans le groupe contrôle nécessite d'interpréter les résultats avec prudence. La salle de laboratoire inconnue des enfants et le temps restreint ont probablement contribué à biaiser les stratégies de régulation des émotions mobilisées par les enfants. De plus, la différence d'âge entre les

⁴ *Behavioral coding of child emotion regulation strategies* : évalue les stratégies de régulation des émotions mobilisées par les enfants.

enfants a nécessité l'adaptation des scénarii et des objets présentés en fonction du stade de développement (traduction libre, p.69-78).

Les enfants ayant une mère souffrant de dépression utilisent davantage de stratégies de régulation des émotions qualifiées de *focalisation sur un objet* (coefficient⁵ = 0.76 , $p < 0.001$) que les enfants ayant une mère *saine*. Cette stratégie se définit par l'intérêt que porte l'enfant envers un nouveau jouet (il le regarde, lui parle et le garde auprès de lui). Les enfants des deux groupes mobilisent la stratégie de régulation des émotions *distraction active* qui se caractérise par l'exploration de la salle de laboratoire, la communication avec la mère, le chant ou la danse. Néanmoins, une différence est présente parmi les participants. Les plus âgés utilisent plus de stratégies de *distraction active* ($p < 0.05$) que les plus jeunes qui mobilisent la *focalisation sur un objet* ($p < 0.05$) (Silk et al., 2006, traduction libre, p.72-73).

Les enfants ayant une mère dépressive, plus spécifiquement les filles, ont un risque de déficit plus élevé de régulation émotionnelle tant au niveau comportemental que cognitif. En comparaison aux filles du groupe contrôle, elles mobilisent moins de stratégies de *distraction active* (coefficient = -0.45, $p < 0.01$) telles que parler avec leur mère, élaborer des jeux d'imagination, chanter et danser afin de détourner leur attention d'un objet. Elles mobilisent davantage de stratégies *d'attente passive* (coefficient = 0.51, $p < 0.001$) comme s'asseoir patiemment et en silence sans débiter une nouvelle activité. Contrairement aux filles, les résultats des garçons ayant une mère dépressive ne démontrent pas significativement la mobilisation de stratégies de régulation émotionnelle de *distraction active* (coefficient = -0.3, $p = 0.79$) ou *d'attente passive* (coefficient = -0.17, $p = 0.30$). Les auteurs suggèrent que les enfants ayant une mère atteinte de dépression ont plus de difficultés à gérer et décentrer leur attention d'un *stimuli* stressant et sont également moins flexibles dans leur habileté à déplacer ou renforcer leur attention. Ces difficultés résulteraient des stratégies de régulation des émotions inefficaces, négatives ou passives mobilisées par la mère atteinte de dépression, ne répondant pas adéquatement aux besoins de son enfant. Ainsi, ces limitations se répercuteraient sur les compétences sociales de l'enfant (Silk et al., 2006, traduction libre, p.73-75).

Face à la dynamique familiale perturbée, l'enfant a des réponses émotionnelles qui reflètent un quotidien stressant telles que la peur, l'anxiété et la culpabilité. Le risque de suicide du parent engendre également des inquiétudes sévères chez l'enfant. Knutsson-Medin, Edlund et Ramklint (2007) ont mené une recherche rétrospective de devis qualitatif dont deux thèmes principaux ont émergé. Leur objectif est d'examiner l'expérience d'adultes (n=36) ayant grandi avec un parent atteint d'une pathologie

⁵ Coefficient interprété comme un facteur de corrélation, par absence de précision des auteurs.

psychiatrique et de collecter leurs opinions sur les services de soins psychiatriques. Parmi les participants sélectionnés, 54.2% ont un parent atteint d'un trouble de l'humeur et 45.8% ont un parent souffrant de psychose, de trouble anxieux, de trouble de la personnalité et de trouble alimentaire. Les expériences vécues émanant de souvenirs d'enfance peuvent être biaisées par le temps. Dans le thème *préoccupations dans l'expérience de vie*, la santé, le bien-être et la peur que le parent ne reçoive pas les soins adéquats, sont des éléments relevés par les enfants. Certains participants dont les parents ont déjà tenté de se suicider sont également inquiets d'une potentielle récurrence durant leur absence : « lorsque je rentrais de l'école, j'étais inquiète car je ne savais pas comment j'allais retrouver ma mère » (traduction libre, p.749).

L'étude qualitative réalisée par Ahlström, Skärsäter et Danielson (2009), auprès de sept familles ayant un parent qui souffre de dépression majeure, met en évidence cinq thèmes au moyen d'interviews groupales narratives. Les résultats sont peu généralisables en cause directe avec la méthode de recherche. De plus, malgré une perspective infirmière, l'ensemble des membres de la famille n'a pas été interrogé. Dans le thème *l'incertitude et l'instabilité dans la vie affective*, les enfants expriment de l'anxiété envers leur parent dépressif. Un enfant d'une mère ayant fait des tentatives de suicide, a peur qu'elle recommence. Les enfants sont inquiets de laisser le parent seul. Ils ressentent parfois le besoin de s'assurer du bien-être du parent engendrant du stress dans leur quotidien (traduction libre, p.312-313).

La revue de la littérature de Gladstone, Boydell, Seeman et McKeever (2011), a mis en lumière le vécu de l'enfant. Les recherches datant de 1997 à 2010, ont abouti à vingt articles dont les résultats sont répartis en trois thèmes. Les résultats sont à prendre avec précaution car les auteurs ne stipulent pas la pathologie psychique du parent. De plus, le cadre théorique et la méthodologie des articles recensés ne sont pas toujours explicités. Certaines études qui composent cette revue de la littérature sont de devis rétrospectifs. Certaines études explorent le vécu de l'enfant selon le rapport du parent. Finalement, la majorité des recherches comporte une population d'enfants âgés de plus de dix-neuf ans. Cree (2003), confirme les données de Knutsson-Medin et al. (2007) et d'Ahlström et al. (2009), les enfants s'inquiètent quand leur parent est seul à la maison (cité par Gladstone et al., 2011, traduction libre, p.281-282). Östman (2008) décrit l'exacerbation de la peur durant les épisodes de crise. L'imprévisibilité aggrave les inquiétudes et l'anxiété de l'enfant et le risque suicidaire du parent augmente ses symptômes (cité par Gladstone et al., 2011, traduction libre, p.281-282).

Le trouble de l'humeur du parent bouleverse le processus du *cognator*. Cette perturbation interne conduit à une détresse psychologique et à des problèmes émotionnels. Dans

l'étude de Knutsson-Medin et al. (2007), les participants rapportent dans le thème *émotions négatives* : la honte, la peur des conflits, l'humeur dépressive, un sentiment d'abandon, la solitude, l'insécurité, la peur, le manque de confiance en soi, la colère, la jalousie vis-à-vis de leurs amis et la déception. De plus, les enfants décrivent une perte d'intérêt et de la difficulté à apprécier les activités qui d'ordinaire leur procurent du plaisir (traduction libre, p.749).

Dans l'étude quantitative de Timko, Cronkite, Berg et Moos (2002), le fonctionnement familial est évalué par les parents au moyen de *Health and Daily Living*⁶ et *Family Environment Scale*⁷, constituant une des principales limites. L'échantillon est composé d'enfants (âgés de 12 ans au début de l'étude) sous-catégorisés en : enfants de parents *rétablis* (n=39), *partiellement rétablis* (n=104), *non rétablis* (n=38) en comparaison aux enfants de parents *sains* (n=180). Les enfants âgés de moins de vingt et un ans (moyenne à douze ans) sont également sous-catégorisés : enfants de parents rétablis (n=39), partiellement rétablis (n=104) et non rétablis (n=38) en comparaison au groupe contrôle des enfants de parents *sains* (n=180). L'inconvénient majeur de cet échantillon est qu'il provient d'une étude datant de 1983. Le devis longitudinal permet un suivi important malgré des évaluations ponctuelles au début de l'étude ainsi qu'à un, quatre et dix ans. Les enfants de parents rétablis ($p < 0.05$) et les non rétablis ($p < 0.05$ à 4 ans ; $p < 0.01$ à 1 an et 10 ans) présentent plus de détresse psychologique que le groupe contrôle. Selon les différents aspects de cette détresse, les enfants de parents souffrant de dépression unipolaire ressentent plus des sentiments de tristesse (35%) en comparaison au groupe contrôle (18%). Ils ont également plus de problèmes émotionnels (36% contre 10% à 4 ans). Ces pourcentages, sans vérification statistique, ne permettent pas d'appuyer une différence significative mais de mieux comprendre la détresse psychologique éprouvée. Les enfants ayant un parent partiellement rétabli ont également plus de détresse psychologique que le groupe contrôle ($p < 0.05$) après dix ans. Ils souffrent plus d'anxiété (43% contre 20%) et de sentiments de tristesse (51% contre 27%). Les enfants de parents non rétablis ont tendance (p non spécifié) à avoir plus de détresse psychologique que ceux de parents partiellement rétablis ou rétablis. Les enfants de parents souffrant de dépression unipolaire rétablis ($p < 0.01$), non rétablis ($p < 0.05$ pour 4 ans ; $p < 0.01$ pour 10 ans) et partiellement rétablis ($p < 0.05$) sont plus perturbés que le groupe contrôle (traduction libre, p.174-175). Le rétablissement du parent semble avoir une incidence importante sur le développement émotionnel.

⁶ *Health and Daily living Form* : évaluation de l'état de santé et du fonctionnement de l'enfant ainsi que les disputes et les activités familiales. Ce questionnaire met également en évidence le nombre d'hospitalisation sur l'année écoulée.

⁷ *Family Environment Scale* : questionnaire qui évalue le fonctionnement familial (l'indépendance, l'organisation, la cohésion et les conflits).

La peur est une émotion dominante rapportée par les différentes études. Östman (2008) s'est intéressé au quotidien de huit familles (4 parents souffrant de trouble affectif et 4 de trouble schizophrène) avec des enfants âgés de dix à dix-huit ans. A partir d'interviews narratives, l'analyse a mis en évidence huit thèmes. Les enfants ont relaté leurs expériences et leurs perceptions concernant les aspects négatifs et positifs de la maladie psychique du parent. Ces données retranscrites par les auteurs peuvent entraîner un risque d'interprétation des récits. Cette étude démontre dans le thème *la peur* que la maladie du parent induit chez les enfants des sentiments de peur et d'inquiétude. Les enfants sont souvent déstabilisés par l'opacité de la maladie et les changements de comportement du parent. Dans le thème *stigmatisation*, ces sentiments sont également renforcés par la confrontation des familles *saines* avec des familles *pathologiques* (traduction libre, p.356-359). Selon Garley, Gallop, Johnston et Pipitone (1997), la peur et la frustration de l'enfant s'amplifient par un manque général de compréhension de la maladie mentale, de sa chronicité et par le risque de développer une pathologie psychiatrique (cité par Gladstone et al., 2011, traduction libre, p.281).

L'article de Singleton (2007) met en évidence les effets de la maladie mentale sur l'enfant et apporte des éclairages sur ses besoins. D'un point de vue développemental, les enfants ont tendance à interpréter le monde selon leur propre perspective. Ainsi, quand l'enfant voit sa mère abattue, triste et sans motivation, il peut se juger responsable de la dépression maternelle (traduction libre, p.847). Östman (2008) confirme dans le thème *blâme* que certains enfants se considèrent responsables de la maladie mentale du parent. Ce processus est d'une part, instauré par le parent *sain* culpabilisant l'enfant de ne pas soutenir suffisamment le parent atteint d'une pathologie psychique et d'autre part, ressenti par l'enfant s'estimant être la cause principale de la maladie mentale du parent. Son sentiment est d'autant plus renforcé si le parent est diagnostiqué à la naissance de l'enfant (traduction libre, p.356). L'étude d'Ahlström et al. (2009) confirme que le sentiment de culpabilité est important chez les enfants de parents souffrant de dépression (traduction libre, p.312).

Lorsque les processus cognitifs sont défailants tels qu'une mauvaise régulation émotionnelle, un sentiment de culpabilité et une inquiétude persistante, ils peuvent provoquer un bouillonnement interne se manifestant par des symptômes physiques. Dans le thème *émotions négatives* de Knutsson-Medin et al. (2007), des difficultés de concentration et des symptômes physiques comme des douleurs gastriques sont évoqués (traduction libre, p.749).

L'étude quantitative de Timko et al. (2002) démontre, au bout de dix ans, que les enfants de parents rétablis ($p < 0.05$) et les non rétablis ($p < 0.001$) ont plus de problèmes

physiques que le groupe contrôle. Les enfants de parents souffrant de dépression unipolaire non rétablis prennent plus de risque pour leur santé ($p < 0.01$). Après dix ans, ces enfants ont plus de refroidissements et de rhumes (41% contre 19%), d'asthme (25% contre 9%) et de consommation d'alcool (19% contre 4%). Les enfants de parents partiellement rétablis ont également plus de problèmes physiques que le groupe contrôle ($p < 0.05$). Après un an, une différence est constatée (61% contre 35%) concernant les allergies. Les enfants de parents non rétablis ont tendance à avoir plus de problèmes physiques que les groupes d'enfants de parents partiellement rétablis ou rétablis (p non spécifié) (traduction libre, p.174-175).

L'étude de cas réalisée par Ahlström, Skärsäter et Danielson (2007), explore le fonctionnement d'une famille ayant une mère souffrant de dépression sévère et la gestion du quotidien. Les interviews narratives sont réalisées avec l'ensemble des trois membres de la famille puis de manière individuelle. Les données recensées auprès de deux enfants : la fille de onze ans et le garçon de dix-neuf ans, ne permettent pas une généralisation des résultats. Malgré une participation efficace aux entretiens individuels, lors de l'interview familiale, la cadette s'est endormie. Toutefois, les interviews narratives ont permis l'émergence de thèmes mis en évidence par d'autres recherches. La mère et ses enfants acceptent la maladie maternelle et la fille en a parlé à l'infirmière scolaire, démontrant une adaptation efficace mais qui n'empêche pas l'apparition de difficultés chez les enfants. Les membres de la famille se sentent épuisés face à la dépression maternelle (traduction libre, p.696, p.698). Ahlström et al. (2009) mettent également en évidence une fatigue importante ; le manque d'énergie du parent pouvant être ressenti par l'enfant (traduction libre, p.312).

L'accumulation d'émotions négatives et de symptômes physiques peut engendrer des prémices de signes psychopathologiques. L'étude transversale de devis quantitatif menée par Fritsch, Montt, Solis, Pilowsky et Rojas (2007), a évalué les troubles psychopathologiques et le fonctionnement social d'enfants ($n=290$) âgés de six à seize ans, vivant avec des mères souffrant de dépression ayant un statut socio-économique moyennement bas à bas. Le faible échantillonnage, l'absence de groupe contrôle et l'unique intérêt porté à des centres de soins de premiers recours sont des limites qui peuvent influencer les résultats. Ils sont à interpréter en fonction des valeurs statistiques, démontrant une faible tendance. *Children Behaviour Checklist*⁸ rempli par les mères, a mis en évidence la proportion d'enfants présentant des symptômes cliniques. 62.2% des

⁸ *Children behaviour checklist* : échelle remplie par les parents, qui évalue la symptomatologie psychologique et comportementale chez l'enfant et l'adolescent, permettant d'interpréter les symptômes dépressifs. Elle permet également d'évaluer les problèmes sociaux, d'internalisation et d'externalisation dans quatre domaines : activités, domaine social et scolaire ainsi que les compétences totales.

enfants ont des symptômes d'internalisation (anxiété, plaintes somatiques) et 35.7% des enfants présentent des symptômes d'externalisation (agressivité, conduites antisociales). Les auteurs démontrent que 49.8% des enfants présentent des symptômes psychiatriques globaux (non détaillés). La présence de symptômes psychiatriques globaux chez l'enfant est associée à la dépression maternelle (OR = 1.1 [1.0-1.1] ; $p = 0.035$). *Escala Breve de Apreciación Psiquiátrica para Niños y Adolescentes*⁹ complétée par un psychologue, démontre que 51.9% des enfants présentent une symptomatologie psychiatrique. Selon *Escala Autoinforme de Ansiedad*¹⁰ et *Cuestionario Depresión Infantil*¹¹, 62.7% des enfants ont des symptômes anxieux et 25.9% présentent des symptômes dépressifs (traduction libre, p.605-608). Ces résultats démontrent que la dépression maternelle est un médiateur dans l'apparition de symptômes pathologique chez l'enfant altérant son développement émotionnel et physiologique.

Les résultats de Fritsch et al. (2007) mettent en évidence que la présence de symptômes psychiatriques globaux chez l'enfant est plus importante lorsque la mère est inactive professionnellement (OR = 1.4 [0.3-5.9] ; $p = 0.66$) que lorsqu'elle exerce une activité lucrative (OR = 0.8 [0.2-2.7] ; $p = 0.67$). Les symptômes d'internalisation chez les enfants sont plus importants lorsque la mère ne travaille pas (OR = 4.1 [0.9-18.4] ; $p = 0.06$). Dans une moindre mesure, ces symptômes sont également liés à l'emploi (OR = 1.4 [0.4-5.0] ; $p = 0.60$) et à la dépression (OR = 1.1 [1.0-1.1] ; $p = 0.13$) maternelle (traduction libre, p.606-607).

5.2 Regulator

Les résultats explorent les processus physiologiques induits par les *stimulis* environnementaux. La confrontation aux troubles de l'humeur engendre des réactions de stress aigues et chroniques au sein de la dynamique familiale qui entravent les capacités d'adaptation de l'enfant. Il met en place des mécanismes adaptatifs afin d'affronter l'environnement instable et les situations de crise. Ce chapitre recense les résultats liés au stress, accompagnés des conséquences induites par la production de cortisol.

⁹ *Escala Breve de Apreciación Psiquiátrica para Niños y Adolescentes* : échelle qui évalue la symptomatologie psychiatrique chez l'enfant et l'adolescent. Cet instrument complète la CBCL car les différentes données provenant des rapports des mères ont pu être influencés par la fluctuation de leur trouble dépressif.

¹⁰ *Escala Autoinforme de Ansiedad* : échelle remplie par les enfants qui évalue la présence de symptômes anxieux (phobie scolaire et sociale, trouble panique et peur de la séparation).

¹¹ *Cuestionario Depresión Infantil, Child Depression Inventory* : auto-rapport réalisé par les enfants (âgés de 7 à 17 ans), qui évalue la présence de signes et symptômes dépressifs (intègre également l'évaluation des troubles affectifs et cognitifs).

L'étude quantitative corrélationnelle d'Ellenbogen, Hodgins, Walker, Couture et Adam (2006) mesure le taux de cortisol durant la journée chez des enfants (n=29, âgés de 13 à 21 ans) ayant un parent souffrant de troubles bipolaires en comparaison à des enfants (n=29) de parents normothymiques. Les résultats sont à prendre avec précaution à cause de la petite taille de l'échantillon et la présence de troubles psychiques (dépressifs, anxieux, hyperactifs, etc.) chez certains enfants, pouvant faire évoluer le taux de cortisol. Les chercheurs ont vérifié par élimination l'impact des différents troubles en identifiant aucune influence sur les résultats. La difficulté d'interprétation de ces résultats réside dans les causes multifactorielles de la production de cortisol. De plus, les échantillons salivaires pour la mesure du cortisol sont réalisés à domicile par les enfants. Les résultats démontrent que les enfants d'un parent ayant des troubles bipolaires ont un taux plus élevé de cortisol dans leur salive que le groupe contrôle ($p < 0.05$) (traduction libre, p.1170).

Afin d'évaluer l'adaptation au stress social, les chercheurs ont effectué *Trier Social Stress Test*¹² dans le cadre d'un laboratoire. Ce milieu particulier peut être un biais ne représentant pas l'environnement naturel des participants. Les résultats démontrent que le niveau de cortisol est plus élevé durant le test chez les enfants ayant un parent souffrant de trouble bipolaire mais aucune différence n'est relevée entre les groupes, le genre et l'âge. Ces résultats démontrent que les enfants d'un parent souffrant de trouble bipolaire ne semblent pas plus sensibles au stress lors de la confrontation à l'autre (Ellenbogen et al., 2006, traduction libre, p.1172).

Child Behavior Checklist et *Positive and Negative Affect Scale*¹³ mettent en évidence le lien entre les affects positifs¹⁴ ($r = 0.35$ pour le groupe à risque et $r = 0.48$ pour la groupe contrôle, $p < 0.01$) et la production de cortisol. La corrélation entre les affects négatifs¹⁵ et la production de cortisol est plus importante pour le groupe contrôle ($r = 0.50$, $p < 0.01$; $r = -0.02$, p non significatif pour le groupe à risque). Un taux de cortisol peut être associé à un taux d'émotions générales (négatives ou positives) qui reflète une sensibilité affective à l'environnement. Les affects positifs et négatifs auraient moins d'effet sur la production de cortisol des enfants ayant un parent souffrant d'un trouble bipolaire ; les enfants du groupe contrôle semblent plus sensibles aux émotions. La réactivité au stress semble normale avec une production de cortisol augmentée sur l'ensemble de la journée et un

¹² *Trier Social Stress Test* : test pour les enfants âgés de plus de 16 ans, adapté dans l'étude lorsque l'enfant est plus jeune. L'enfant réalise une présentation orale pendant dix minutes, parle pendant cinq minutes devant deux évaluateurs et doit faire cinq minutes de calculs mentaux.

¹³ *Positive and Negative Affect Scale* : échelle comportant vingt thèmes qui évalue les affects positifs et négatifs mobilisés par l'enfant.

¹⁴ *Affects positifs* : intéressé, excité, fort, enthousiaste, fière, alerte, inspiré, déterminé, attentif et actif.

¹⁵ *Affects négatifs* : distrait, bouleversé, coupable, craintif, hostile, irritable, honteux, nerveux, agité et effrayé.

fonctionnement au stress social normal. Le fonctionnement psychosocial est évalué par différentes échelles : *Child Depression Inventory*, *Penn State Worry questionnaire*¹⁶, *Rosenberg Self-Esteem Scale*¹⁷, *High School Students'Recent Life Experiences Questionnaire*¹⁸, *Daily Hassles and Uplifts Scale*¹⁹ et *Psychiatric Epidemiological Research Interview-Life Event Scale*²⁰. L'ensemble des corrélations entre le fonctionnement psychosocial (internalisation, externalisation, problème social, symptômes dépressifs et anxieux, affects positifs et négatifs, difficultés quotidiennes et événements stressants de la vie) et le taux de cortisol reste très proche de l'absence de corrélation ($-0.13 < r < 0.25$, p non significatif). Ces différentes variables ne semblent pas avoir de lien sur le stress (Ellenbogen et al., 2006, traduction libre, p.1174, p.1177).

L'étude quantitative corrélationnelle rétrospective réalisée par Ostiguy et al. (2009) a pour objectif d'évaluer et d'approfondir les connaissances actuelles dans différents domaines du stress : le stress chronique (pendant 6 mois) et l'apparition de stress épisodique (pendant 12 mois). Pour évaluer le stress, les chercheurs ont comparé les enfants ($n=37$, âgés de 13 à 26 ans) ayant un parent souffrant d'un trouble bipolaire avec un groupe ayant des parents normothymiques ($n=33$) au moyen de *Interview UCLA Life Stress*²¹. L'échantillon, peu représentatif, est composé d'une majorité de garçons avec un âge assez hétérogène. Les évaluations réalisées de manière rétrospective sont également un biais. Il faut aussi noter la présence de trois garçons ayant un trouble bipolaire dans le groupe des enfants ayant un parent atteint de la maladie psychique. Ils expriment un stress chronique plus élevé ($p < 0.001$, total du stress chronique). Le stress dans le domaine interpersonnel (amis proches, vie sociale, relation amoureuse et relation familiale) démontre une différence significative entre les deux groupes avec un taux plus élevé pour les enfants d'un parent ayant un trouble bipolaire ($p < 0.01$). En analysant chaque variable séparément, les relations familiales semblent être un facteur de stress pour ces enfants ($p < 0.001$). Ils ont également tendance à avoir plus de stress dans le domaine de la santé personnelle ($p = 0.074$). Pour le stress interpersonnel, il est important de remarquer l'absence de différence pour la vie sociale, les amitiés et les relations amoureuses. En lien avec la chronicité du stress, la compétence sociale des enfants ayant un parent souffrant de trouble bipolaire ne semble pas altérée. Dans le domaine

¹⁶ *Penn State Worry Questionnaire for children* : évaluation de l'anxiété grâce à 14 items pour les enfants âgés de sept à dix-sept ans.

¹⁷ *Rosenberg Self-Esteem Scale* : évaluation de l'estime de soi au moyen de 10 questions échelonnée de 1 à 4.

¹⁸ *High School Students'Recent Life Experiences Questionnaire* : évaluation des tracas (*hassles*) quotidiens de l'enfant.

¹⁹ *Daily Hassles and Uplifts Scale* : évaluation par les parents des tracas quotidiens de l'enfant.

²⁰ *Psychiatric Epidemiological Research Interview-Life Event Scale* : évaluation par le parent des événements stressants de la vie de l'enfant.

²¹ *Interview UCLA Life Stress* : évaluation du stress chronique durant les six derniers mois et durant les douze derniers mois pour le stress épisodique.

non interpersonnel (l'éducation, le travail, les finances, sa propre santé et la santé de ses membres), la différence est également significative pour l'ensemble des variables ($p < 0.001$). Les enfants ont plus de préoccupations quant à la situation financière ($p < 0.01$) et la santé des membres de la famille ($p < 0.001$) (traduction libre, p.75-77).

Afin de comprendre si les différentes variables expliquent le stress chronique, Ostiguy et al. (2009) ont utilisé le coefficient de détermination²². Les variables semblent cohérentes en tant que représentation du stress chronique. Le domaine interpersonnel ($R = 0.56$, $p < 0.001$) et le domaine non interpersonnel ($R = 0.61$, $p < 0.001$), avec un coefficient plus proche de 1 que de 0, semblent être des facteurs prédictifs du stress chronique. Les variables indépendantes (groupe, domaine interpersonnel et non interpersonnel) expliquent à 40% le stress chronique, ce qui représente une partie importante sur 100% dont le groupe est un facteur prédictif important (16.6%). Au-delà des pourcentages, il est intéressant de remarquer que la variable du domaine non interpersonnel (14.6%) comprenant l'éducation et la santé de la famille semble mieux représenter le stress chronique que le domaine interpersonnel (9.4%) regroupant les relations familiales et sociales (traduction libre, p.78). Le stress serait plus lié à des inquiétudes pour l'éducation et la santé de la famille que des problèmes relationnels.

Les garçons ayant un parent souffrant d'un trouble bipolaire ont un taux plus élevé de stress dans le domaine interpersonnel que les garçons ($p < 0.001$) et les filles de parents *sains* ($p < 0.057$). Ce dernier résultat est à prendre avec précaution étant à la limite de la significativité. Le genre de chaque groupe a tendance à expliquer le stress interpersonnel, malgré un manque de significativité ($p = 0.069$). Les garçons ont un niveau de stress chronique plus élevé que les filles ($p < 0.01$), tout groupe confondu. Ces différences entre les genres sont à prendre avec précaution à cause d'un échantillon avec une majorité de garçons. De plus, dans le groupe des enfants ayant un parent atteint d'un trouble bipolaire, trois garçons souffrent de cette même pathologie ; en les enlevant, les résultats restent cependant inchangés (Ostiguy et al., 2009, traduction libre, p.78). Ellenbogen et al. (2006) mettent en évidence des données contraires ; sur l'ensemble des participants, les filles ont un taux plus élevé de cortisol sur l'ensemble de la journée ($p < 0.005$) (traduction libre, p.1170). La différence entre le genre pour le domaine du stress, semble dépendre de l'échantillon de base demandant de prendre les résultats avec précaution.

Pour le stress épisodique, aucune différence entre les groupes n'ayant émergée, les enfants de parent ayant un trouble bipolaire ne semblent pas vivre plus régulièrement des épisodes stressants. Concernant la gravité du stress, les expériences de vie stressantes

²² Coefficient de détermination : représente le pourcentage de la variation expliquée par la variable indépendante.

sans l'influence d'un tiers²³ sont en moyenne plus sévères que le groupe contrôle ($p < 0.05$). Par contre, il n'y a pas de différence pour les événements stressants lorsque quelqu'un y contribue. Dans leur relation sociale, ces enfants semblent vivre un stress de gravité plus important que les enfants du groupe contrôle ($p < 0.05$). Le groupe est un facteur prédictif significatif de la présence d'un événement modéré à sévère dans les douze derniers mois (OR = 3.1). Les enfants d'un parent souffrant de trouble bipolaire ont plus de risque de vivre une expérience modérée à sévère pour les événements stressants de la vie dans le domaine interpersonnel (amis proches, vie sociale, relation amoureuse et relation familiale) (OR = 3.9) (Ostiguy et al., 2009, traduction libre, p.79-80).

5.3 Mode physiologique

Le mode physiologique défini selon Roy, regroupe l'ensemble des besoins de base assurant la survie de l'enfant. Les résultats de cette recension ne mettent en lumière que le sommeil. Ce besoin est un élément essentiel de l'adaptation pour que l'enfant mobilise son énergie afin de faire face à son environnement.

L'étude corrélationnelle de Jones, Tai, Evershed, Knowles et Bentall (2006) évalue les variables psychologiques et le sommeil chez des enfants ($n=25$, âgés de 13 à 19 ans) ayant un parent souffrant d'un trouble bipolaire en comparaison à des enfants ($n=22$) de parents *sains*. Les différentes données proviennent du rapport des enfants ajoutant un biais de subjectivité aux résultats. L'évaluation sur une courte durée empêche une représentation globale dans le temps. Dans le groupe des enfants ayant un parent souffrant d'un trouble bipolaire, la majorité présentent des signes de trouble de l'humeur ($p < 0.001$), étant une limite importante. Ces enfants sont catégorisés par les auteurs dans le sous-groupe *symptomatique*, non présentés dans ce travail. Les parents souffrant de trouble bipolaire font partie d'un groupe d'entraide, sous-entendant une meilleure adaptation familiale. L'évaluation du sommeil de l'enfant pendant un mois avec l'utilisation du *Pittsburgh Sleep Quality Index*²⁴ indique que le groupe ayant un parent souffrant de trouble bipolaire a tendance à avoir plus de difficultés de sommeil (score plus élevé) ($p < 0.09$). Entre les deux groupes, les perturbations du sommeil se rapprochent du seuil de significativité ($p < 0.08$) (traduction libre, p.364-368).

²³ *Indépendant* : interprété comme un événement dont le stress n'est pas causé par la présence d'une autre personne. Par exemple, l'enfant peut être stressé à cause d'un examen.

²⁴ *Pittsburgh Sleep Quality Index* : auto-rapport qui évalue la qualité du sommeil par le résultat du *Global Sleep Index Scores*. Le sommeil est évalué de manière précise sur la latence, la durée, l'efficacité et la fragmentation du sommeil.

L'analyse met en évidence une *mauvaise forme* plus importante durant la journée ($p < 0.05$) chez les enfants ayant un parent atteint d'un trouble bipolaire. Malgré l'évocation de difficultés avec le sommeil, ces enfants s'endorment plus vite que le groupe contrôle ($p < 0.05$). Les enfants ayant un parent souffrant d'un trouble bipolaire ont tendance à avoir moins de phases de latence pour s'endormir ($p < 0.07$) et une meilleure durée de sommeil ($p < 0.1$). Ils ont également moins de fragmentation de leur sommeil ($p < 0.03$) (Jones et al., 2006, traduction libre, p.367-368). Malgré le peu de résultats significatifs, la problématique liée au sommeil a un impact sur la qualité avec la présence de perturbations au quotidien.

5.4 Mode concept de soi

L'estime de soi conserve l'intégrité psychique et construit l'identité de l'enfant. Elle est un socle essentiel au processus d'adaptation et doit être solide pour que l'enfant surmonte les défis quotidiens.

Selon Jones, Tai, Evershed, Knowles et Bentall (2006), au moyen de *Rosenberg Self-Esteem Questionnaire*, les enfants de parent ayant un trouble bipolaire semblent souffrir d'une instabilité de l'estime d'eux-mêmes plus importante que le groupe contrôle ($p < 0.05$). Les auteurs n'ont trouvé aucune différence pour les comportements tels que la recherche du plaisir, le système de récompense et les attitudes dysfonctionnelles. Leur système de récompense-motivation ne semble pas défaillant. Selon *Positive and Negative Affect Scale*, les enfants ayant un parent souffrant d'un trouble bipolaire ont également un score plus élevé pour les affects négatifs ($p < 0.02$) mais sans différence pour les affects positifs (traduction libre, p.367-368). D'après Ellenbogen, Hodgins, Walker, Couture et Adam (2006), les résultats obtenus par *Rosenberg Self-esteem Questionnaire* rempli par les enfants, ne démontrent pas une différence concernant l'estime de soi entre les enfants ayant un parent souffrant d'un trouble bipolaire et ceux de parents *sains* (traduction libre, p.1169). Malgré la confrontation à la maladie, l'enfant ne sera pas forcément touché dans son estime personnelle.

L'analyse critique de la littérature de Mordoch et Hall (2002) s'est intéressée aux différents facteurs qui affectent le développement et le quotidien d'enfants ayant un parent souffrant une pathologie psychique (dépression et schizophrénie). Le nombre de participants pour chaque pathologie n'est pas spécifié rendant difficile l'interprétation des données spécifiques aux troubles de l'humeur. Parmi les trois thèmes, la *complexité de la*

vie familiale des enfants démontre que l'enfant est confronté à un quotidien complexe et instable. Malgré son jeune âge, il doit souvent gérer la maladie psychique du parent et l'inclure dans son propre développement. Par manque de services communautaires, l'enfant grandit et agit de manière plus autonome et indépendante (traduction libre, p.209). Il acquiert des compétences d'évaluation spécifique à sa situation. Ainsi, selon Östman, (2008), dans le thème *s'adapter avec les expériences de tous les jours*, les enfants évaluent l'efficacité de leurs stratégies d'adaptation en fonction d'expériences antérieures liées à l'état psychique du parent. Ils comparent souvent leur famille avec d'autres familles *saines*. Les sentiments de difficultés éprouvés suite à cette comparaison les reconforte en confirmant qu'ils arrivent à gérer la situation (cité par Gladstone, Boydell, Seeman & McKeever, 2011, traduction libre, p.282-283). Malgré les difficultés, une gestion efficace du quotidien et du trouble de l'humeur du parent renforce l'estime de soi.

5.5 Mode interdépendance

Le trouble de l'humeur du parent se répercute sur les relations intrafamiliales, sociales et scolaires de l'enfant. Un fonctionnement interpersonnel déficient semble entraîner des difficultés dans la relation à l'autre mettant en péril son développement psychique et physique ainsi que ses futures interactions. Il est confronté à des attitudes discriminantes provenant de la société, sans doute peu sensibilisée à cette problématique.

5.5.1 Relations intrafamiliales

Une revue de la littérature menée par LeFrançois (2010) a recensé 31 recherches de devis mixte publiées entre 1997 et 2010, dont les objectifs sont d'évaluer les difficultés quotidiennes des pères atteints de pathologies psychiatriques et les répercussions sur la santé mentale de leurs enfants, potentiellement aggravées par les facteurs de pauvreté et d'isolement social. La revue de la littérature relate également l'expérience du père et de son enfant liée à la stigmatisation de la pathologie mentale, le rôle de proche aidant attribué à l'enfant, les stratégies adaptatives mobilisées par l'enfant et les aspects positifs de la relation père-enfant. Répertoriés dans huit thèmes, les résultats ne prennent en compte que les informations relatives aux enfants ayant un père atteint d'un trouble psychiatrique. Malgré une méthodologie rigoureuse effectuée par l'auteure, de nombreuses limites viennent affaiblir cette revue. La majorité des recherches sélectionnées ne séparent pas le genre masculin et féminin, ainsi les résultats évoqués

s'appliquent tant aux pères qu'aux mères. De plus, la recension des articles incluent toutes les pathologies psychiatriques sans distinction du diagnostic (la dépression, les troubles bipolaires ou encore les psychoses). Selon Cooklin (2006), le thème *perspectives des enfants* explique qu'ils se sentent plus ignorés par leur parent atteint d'un trouble psychique et se voient dans l'obligation d'être plus matures par rapport aux autres enfants de leur âge (cité par LeFrançois, 2010, traduction libre, p.123-126).

Le quotidien instable et les émotions ont une influence sur l'atmosphère familiale et péjorent la communication intrafamiliale. L'instabilité se reflète bien dans cette phrase : est-ce que ma mère sera de mauvaise humeur, triste ou joyeuse et pleine de vie, aujourd'hui ? L'enfant regarde simplement le parent pour savoir quel type de journée l'attend. Les enfants sont préoccupés par les querelles inutiles dans la famille. Une mère souffrant de dépression a remarqué que lorsqu'elle perd son sang-froid, sa fille, effrayée, évite de lui parler (Ahlström, Skärsäter & Danielson, 2009, traduction libre, p.311-313).

Timko, Cronkite, Berg et Moos (2002) se sont penchés sur deux dimensions de la relation familiale : la cohésion et le conflit comme potentiels prédicteurs d'un environnement perturbé. Ils ont tenté de démontrer une corrélation entre ces deux facteurs et les variables évaluées chez les enfants : la détresse psychologique, les problèmes physiques, les problèmes comportementaux et les comportements à risque pour leur santé. La cohésion permet à la famille de s'entraider, se soutenir, de prendre du temps pour être ensemble et veiller les uns sur les autres. Le conflit quant à lui, induit de la colère et une importante compétitivité au sein de la famille. Bien que les auteurs affirment que la relation familiale semble être un facteur prédicteur de l'adaptation de l'enfant, l'ensemble des r reste plus proche de 0 que de 1 ($r < 0.35$) malgré la présence de validité statistique ($p < 0.05$). Ces tendances pourraient être appuyées avec un échantillon plus important. La présentation des résultats sans chiffre corrélationnel avec la seule présence d'un tableau, rend l'interprétation moins aisée pour le lecteur. Une corrélation négative est mise en évidence après dix ans entre les différentes variables et la cohésion. Ce résultat démontre une péjoration de la cohésion familiale qui semble augmenter la détresse psychologique, les problèmes physiques, les comportements problématiques chez l'enfant ainsi que des comportements à risque pour sa santé. L'augmentation des conflits a tendance à détériorer l'état psychique et physique des enfants (traduction libre, p.175-180).

Le fonctionnement familial des enfants ayant un parent rétabli qui a souffert de dépression unipolaire est comparable au groupe contrôle pour les variables du conflit, activités et disputes. Ainsi, le fonctionnement familial ne semble pas être perturbé lorsque la dépression parentale est guérie. Cependant, ces enfants présentent un faible degré

d'indépendance ($p < 0.05$) et une haute organisation ($p < 0.001$) selon l'évaluation de *Family Environment Scale*. Malgré leur rétablissement, les parents conservent des symptômes résiduels de *patterns* dépressifs. Une meilleure organisation permet à la famille de surmonter la maladie, cependant, elle peut également être restrictive. Le manque d'indépendance signifie une difficulté pour l'enfant à acquérir sa propre autonomie. Il faut prendre ce résultat avec précaution car la fiabilité des variables est faible (indépendance, $\alpha = 0.51$; organisation, $\alpha = 0.66$). Contrairement au groupe rétabli, les enfants de parents non rétablis et partiellement rétablis ont un taux plus faible de cohésion ($p < 0.001$ après 1 an et 4 ans ; $p < 0.05$ après 10 ans), plus de conflits ($p < 0.001$ après 1 an et 4 ans ; $p < 0.01$ après 10 ans) et de disputes ($p < 0.001$ pour chaque année) que le groupe contrôle. Le fonctionnement familial pour les parents partiellement rétablis et non guéris semble plus faible que le groupe rétabli (Timko et al., 2002, traduction libre, p.175).

L'étude rétrospective de Mowbray et Mowbray (2006) décrit les facteurs de risque, les facteurs de protection, les forces de la famille ainsi que le support social expérimentés par les adultes ($n=61$) ayant grandi avec des mères souffrant de trouble de l'humeur (dépression et bipolarité). Les différentes échelles utilisées sont : *Four Factor Index of Social Position*²⁵, *Satisfaction with Life Scale*²⁶, *State Hope Scale*²⁷, *Symptom and Behavior Checklist*²⁸, *Alcohol Use Disorders Identification Test*²⁹, *Social Support Microsystems Scale*³⁰, *Diagnostic Interview Schedule*³¹ et *Drug Abuse Screening Test*³². Sur cet échantillon, quelques limites sont à prendre en considération : six personnes sont en prison au moment de l'étude. Un biais de sélection est présent car les mères sont recrutées par le système de santé d'une même région. La variable *acceptation maternelle et paternelle* présente un faible indice de fiabilité ($\alpha = 0.59$). Les corrélations sont à interpréter au regard du faible échantillon et des facteurs de confusion (statut de minorité ethnique et environnement urbain économiquement perturbé). *Family Background Questionnaire*³³ démontre que plus le fonctionnement familial est positif, moins l'enfant a recourt aux services de soins ($r = -0.11$, $p < 0.05$), moins il présente des problèmes relationnels ($r = -0.44$, $p < 0.001$) et de problèmes quotidiens ($r = -0.28$, $p < 0.05$).

²⁵ *Four Factor Index of Social Position* : évaluation du niveau socio-économique de l'adulte ayant grandi avec une mère souffrant de dépression.

²⁶ *Satisfaction with Life Scale* : évaluation de la perception de soi et du bien-être subjectif.

²⁷ *State Hope Scale* : auto-évaluation sur la probabilité de succès dans l'achèvement des buts.

²⁸ *Symptom and Behavior Checklist* : évalue l'état de santé mentale des participants.

²⁹ *Alcohol Use Disorders Identification Test* : évalue la problématique liée à une consommation d'alcool.

³⁰ *Social Support Microsystems Scale* : évaluation de l'aide et du soutien reçus durant l'enfance par les membres de la famille, les amis et la communauté.

³¹ *Diagnostic Interview Schedule* : évaluation qui établit le diagnostic psychique des mères.

³² *Drug Abuse Screening Test* : évaluation des antécédents de la mère liés à des abus de substance.

³³ *Family Background Questionnaire* : évaluation du fonctionnement familial.

L'environnement familial *sain* prédit une meilleure satisfaction dans la vie ($r = 0.38, p = 0.01$). Plus les réponses³⁴ paternelle ($r = -0.40, p < 0.05$) et maternelle ($r = -0.36, p < 0.01$) ainsi que l'acceptation³⁵ paternelle ($r = -0.37, p < 0.05$) et maternelle ($r = -0.42, p < 0.001$) sont adéquates, moins l'enfant développe des problèmes relationnels. Une relation maternelle favorable l'encourage à réaliser ses objectifs ($r = 0.39, p < 0.001$) et d'être satisfait dans la vie ($r = 0.50, p < 0.001$). L'acceptation de la mère lui permet également d'achever ses buts ($r = 0.35, p < 0.01$) et d'être satisfait dans la vie ($r = 0.43, p < 0.001$). Par contre, plus l'acceptation maternelle est faible, plus les problèmes de la vie quotidienne augmentent ($r = -0.28, p < 0.05$). Il est intéressant de constater que l'implication de la mère dans l'éducation de l'enfant engendre des problèmes relationnels ($r = 0.29, p < 0.05$), une diminution du sentiment d'espoir ($r = 0.39, p = 0.001$) et une moins bonne satisfaction dans la vie ($r = 0.29, p < 0.05$). Plus l'enfant est sociabilisé, moins il fera appel aux services de soins ($r = -0.12, p = 0.001$), moins il aura affaire à la justice ($r = -0.40, p < 0.01$) et moins il présentera des problèmes relationnels ($r = -0.48, p < 0.001$) à l'âge adulte. Ces derniers résultats démontrent que les liens sociaux diminuent les problèmes quotidiens ($r = -0.41, p < 0.001$) (traduction libre, p.134-135 ; p.138). L'environnement familial, le soutien social et la connaissance du trouble de l'humeur de la mère influencent favorablement le devenir des enfants ; le contexte familial joue un rôle plus important que la symptomatologie maternelle.

Le *focus group* de Garley, Gallop, Johnston et Pipitone (1997), investigate les expériences vécues, les besoins et les perceptions de six enfants (âgés de 11 à 15 ans) ayant un parent atteint d'un trouble de l'humeur (3 parents souffrant de dépression et 3 de trouble bipolaire). Bien que menée en 1997, l'étude révèle des informations cohérentes, importantes et actuellement interprétables avec l'émergence de quatre thèmes principaux. Cet article fait partie des fondamentaux. Dans le thème *préoccupations*, également cité dans la revue de la littérature de Gladstone, Boydell, Seeman et McKeever (2011) et LeFrançois (2010), le divorce, la peur d'une séparation parentale et la volonté de maintenir une structure familiale unie sont des inquiétudes exprimées par les enfants, bien que l'environnement familial soit conflictuel, dysfonctionnel ou chaotique. Cependant, deux enfants dont les parents sont séparés, décrivent une ambiance familiale plus sereine avec moins de disputes quotidiennes et un parent malade qui s'investit davantage dans la relation avec son enfant lors des droits de visites. Une jeune fille ne partage pas le même avis, le divorce parental l'ayant éloignée de son père qui souffre de dépression (traduction libre, p.100).

³⁴ *Les réponses paternelle et maternelle* : interprétées tels des comportements adéquats face aux demandes et aux besoins de l'enfant.

³⁵ *L'acceptation paternelle et maternelle* : interprétée comme un comportement d'accueil de la personnalité de l'enfant, sans jugement.

Jones, Tai, Evershed, Knowles et Bentall (2006) démontrent l'incidence socio-économique des troubles de l'humeur. Au sein de l'échantillon récolté, les parents souffrant de troubles bipolaires sont moins nombreux à être mariés que le groupe contrôle ($p < 0.05$) et ont moins de postes à plein temps ($p < 0.01$). Par contre, il n'y a pas de différence au niveau de l'éducation (traduction libre, p.368). Dans le thème *impact sur la vie de tous les jours*, le manque d'argent et les déménagements réguliers sont des préoccupations relevées par les enfants (Strallard, Norma, Huline-Dickens, Salter & Cribb, 2004 cité par Gladstone et al. 2011, traduction libre, p.281). Ces différents facteurs et un statut socio-économique faible influencent négativement la dynamique familiale et la santé mentale de l'enfant (Mordoch & Hall, 2002, traduction libre, p.210).

Le parent atteint d'un trouble de l'humeur peut présenter des dysfonctionnements sociaux et comportementaux induisant un malaise chez l'enfant. Selon Knutsson-Medin, Edlund et Ramklint (2007), dans le thème *modifications relationnelles entre parent-enfant*, l'enfant présente de l'inconfort lorsque le parent a un comportement étrange ou inadapté à une situation donnée et lorsqu'il communique une information erronée concernant son propre enfant. Les participants expliquent avoir été attentifs durant leur enfance à leur comportement afin de ne pas mettre en colère ou décevoir le parent (traduction libre, p.749). Les résultats d'Ahlström, Skärsäter et Danielson (2007), expliquent également que le fils est inquiet de contrarier ou d'énerver sa mère. Il pense que si les membres de la famille s'adaptent à l'humeur de leur mère, c'est parce qu'ils y sont attachés (traduction libre p.696, p.698).

Selon Gladstone et al. (2011), dans le thème *impact sur la vie de tous les jours* malgré les difficultés quotidiennes, les enfants éprouvent de l'amour et de l'admiration pour leur parent. Ils ne veulent pas le dépeindre de manière négative. Ils reportent une valorisation de la proximité avec le parent et le développement de leur maturité et de leur empathie (traduction libre, p.273, p.281). Selon Handley, Farrel, Josephs, Hanke et Hazleton (2001), les enfants et les parents veulent garder les membres de la famille émotionnellement connectés (cité par Gladstone et al., 2011, traduction libre, p.273). Bien que les enfants soient exposés aux aspects négatifs de la maladie psychique du parent et malgré les contraintes vécues au quotidien, le thème *amour* démontre qu'ils ressentent beaucoup d'amour et d'affection envers le parent (Östman, 2008, traduction libre, p.356). Knutsson-Medin et al. (2007) mettent en évidence dans le thème *modifications relationnelles entre parent-enfant* que les enfants ressentent un sentiment de surprotection envers leur parent atteint d'un trouble psychiatrique (traduction libre, p.749).

5.5.2 Relations sociales

Fraser et Pakenham (2009) ont mené une étude corrélacionnelle. L'objectif est de démontrer les relations entre les différents facteurs de résilience, la capacité d'ajustement et l'expérience de proche aidant des enfants (n=44, âgés de 12 à 17 ans) ayant un parent souffrant d'une maladie psychique. Cette étude présente une limite importante concernant son faible échantillon dont seuls 68% ont un parent atteint d'un trouble de l'humeur (32% de parents souffrent de psychose). Les nombreuses interrelations entre les variables induisent des corrélations plus proches de 0 que de 1. De plus, les résultats obtenus ne sont pas comparés avec un groupe contrôle. L'évaluation par l'échelle *Social connectedness scale*³⁶ associe les liens sociaux entretenus par l'enfant ayant un parent souffrant d'une pathologie psychique, à une meilleure capacité d'ajustement, augmentant ainsi son degré de satisfaction de vie (*Satisfaction with Life Scale*³⁷) ($r = 0.54, p < 0.01$), diminuant son sentiment de dépression (*Children's Depression Inventory*) ($r = -0.68, p < 0.01$) et ses difficultés émotionnelles et comportementales (*Strengths and Difficulties Questionnaire*³⁸) ($r = -0.53 ; p < 0.01$). Ces résultats indiquent que les liens sociaux de l'enfant diminuent l'isolement ($r = -0.38, p < 0.05$) (traduction libre, p.575-581). L'étude quantitative d'Elgar, Mills, McGrath, Waschbusch et Brownridge (2007) examine le comportement des parents³⁹ (éducation⁴⁰, surveillance⁴¹ et rejet) (n=4184) souffrant de dépression et les problèmes d'ajustement des enfants (n=6048, âgés de 10 à 15 ans) au moyen du *National Longitudinal Survey of Children and Youth*⁴². L'important échantillon a été récolté entre 1998 et 2000. Le fonctionnement des enfants est évalué selon trois domaines : les problèmes d'internalisation (ruminations, anxiété, symptômes psychosomatiques), d'externalisation (agressivité, conduite antisociale) et les comportements *prosociaux*⁴³. Chez les parents, la population paternelle est largement sous-représentée (330/4184) engendrant une limite pour l'interprétation des corrélations. L'ensemble de r reste éloigné de la corrélation idéale (=1) mais reflète souvent une tendance avec un p significatif. L'éducation parentale est apportée sans complément d'information nécessitant une interprétation de la signification du terme. Les résultats concernant la surveillance sont à prendre avec précaution, ayant une valeur de fiabilité

³⁶ *Social connectedness scale* : évalue le degré de force des liens sociaux entretenus par les enfants.

³⁷ *Satisfaction with life scale* : échelle qui mesure la satisfaction de vie globale de l'enfant.

³⁸ *Strengths and difficulties questionnaire* : évaluation du comportement et des difficultés émotionnelles de l'enfant.

³⁹ *Comportements parentaux* : évalué par les parents et les enfants dans 23 domaines (Lempers & al., 1989).

⁴⁰ *Nurturance* : interprété comme l'action d'élever, de nourrir, d'éduquer et d'entretenir l'enfant. Il s'agit de la préoccupation, de l'attention, des soins et du soutien affectif et émotionnel fournis par les parents.

⁴¹ *Monitoring* : interprété comme l'attention que le parent porte à l'enfant en étant au courant de ses actions et activités. Il s'agit de porter de l'intérêt à la vie de son enfant.

⁴² *National Longitudinal Survey of Children and Youth* : évaluation effectuée par les enfants à l'école, qui examine leurs problèmes d'ajustement (internalisation, externalisation et comportements *prosociaux*).

⁴³ *Prosocial behaviours* : interprété comme des comportements qui favorisent la socialisation de l'enfant.

assez basse ($\alpha = 0.57$). L'évaluation des enfants s'est faite à posteriori de la première évaluation des parents, pouvant induire une perte de données. Les résultats démontrent une différence entre les genres. Les filles rapportent plus de problèmes d'internalisation ($p < 0.01$), moins de comportements *prosociaux* ($p < 0.01$) et moins de problèmes d'externalisation que les garçons. Lorsqu'elles évaluent le comportement de leurs parents, elles rapportent une préoccupation plus importante venant des parents que les garçons ($p < 0.05$), plus de surveillance ($p < 0.01$) et moins de rejet parental ($p < 0.01$) (traduction libre, p.948). Il est intéressant de se questionner sur cette différence ; les filles sont-elles plus optimistes dans leur évaluation des compétences parentales que les garçons? Cette différence met en lumière une distinction dans le récit selon le genre.

Selon Elgar et al. (2007), plus les symptômes dépressifs du père sont présents, plus l'enfant développe des comportements *prosociaux* ($r = -0.40, p < 0.01$). La confrontation à la maladie pousse l'enfant vers le monde extérieur. Le rôle paternel dans l'éducation ($r = -0.46, p < 0.01$) et la surveillance ($r = -0.47, p < 0.01$) est péjoré lors de la présence de symptômes dépressifs paternels ; la corrélation reste inférieure chez la mère ($r < -0.15$) pour ces deux domaines. Plus les parents portent de l'attention sur l'enfant, moins il présente des symptômes d'externalisation (père : $r = -0.48, p < 0.01$; mère : $r = -0.13, p < 0.01$). Du côté paternel, une préoccupation importante semble diminuer les problèmes d'internalisation chez l'enfant ($r = -0.40, p < 0.01$). Une surveillance maternelle ($r = -0.22, p < 0.01$) et paternelle ($r = -0.55, p < 0.01$) accrue diminue les problèmes d'internalisation chez l'enfant. La préoccupation maternelle ($r = 0.39, p < 0.01$) et paternelle ($r = 0.29, p < 0.01$) ainsi que la surveillance maternelle ($r = 0.31, p < 0.01$) et paternelle ($r = 0.22, p < 0.01$) ont un lien direct sur le fonctionnement social de l'enfant. Plus la surveillance paternelle est accrue, plus elle diminue l'utilisation de stratégies d'externalisation ($r = -0.67, p < 0.01$) (traduction libre, p.948). Selon Fritsch, Montt, Solis, Pilowsky et Rojas (2007), la présence de symptômes externes (agressivité, conduites antisociales) chez l'enfant est associée à la dépression maternelle (OR = 1.1 [1.0-1.1], $p = 0.05$), à son activité professionnelle (OR = 0.5 [0.1-1.7], $p = 0.24$) ou à son inactivité lucrative (OR = 0.7 [0.2-3.1], $p = 0.65$) (traduction libre, p.607).

Selon Elgar et al. (2007), le rejet parental semble être un facteur prédictif important de problèmes d'internalisation ($r = 0.58, p < 0.01$) et d'externalisation ($r = 0.52, p < 0.01$) chez l'enfant avec des corrélations supérieures pour le rejet paternel. Un rejet maternel important induit des problèmes d'internalisation ($r = 0.35, p < 0.01$) et d'externalisation ($r = 0.40, p < 0.01$) et semble diminuer le fonctionnement de l'enfant au sein de la société ($r = -0.31, p < 0.01$) (traduction libre, p.948).

Dans l'étude d'Elgar et al. (2007), la seconde phase d'analyse comprend des variables qui manquent de précision. Cependant, l'ensemble de ces résultats confirment les précédents et sont présentés comme les auteurs les citent sans possibilité de les mettre en lien avec des valeurs statistiques. La dépression maternelle et le genre féminin chez l'enfant prédisent plus de préoccupations et de surveillance ; les parents apportent moins d'attention à leurs garçons. Le rejet parental induit plus de problèmes d'internalisation et d'externalisation et moins de comportements *prosociaux*. La dépression maternelle prédit plus de problèmes d'internalisation. La préoccupation parentale, la dépression maternelle et le genre féminin de l'enfant induisent plus de comportements *prosociaux* (traduction libre, p.948-951).

L'étude quantitative corrélacionnelle de Linnen, Rot, Ellenbogen et Young (2009) a évalué les interactions sociales quotidiennes des enfants (n=25, âgés de 15 à 25 ans) ayant un parent qui a un trouble bipolaire en comparaison avec des enfants (n=22) de parents *sains*. Cette évaluation est réalisée par les participants, en identifiant dans une liste les thèmes⁴⁴ correspondant à chaque interaction : comportements dominants, soumis et querelleurs ainsi qu'être en accord avec l'autre. La notion de subjectivité et le faible nombre de participants peuvent être un biais dans la lecture des résultats. L'échantillon de parents souffrant de trouble bipolaire participant de manière volontaire présuppose une meilleure adaptation et un meilleur fonctionnement psychosocial. Les enfants dont le parent souffre d'un trouble bipolaire présentent plus de troubles affectifs ($p = 0.04$), constituant une limite importante. Les résultats ont été contrôlés en vérifiant l'influence de ces enfants symptomatiques. Dans l'interaction, les garçons de parents souffrant d'un trouble de l'humeur sont plus querelleurs que les filles ($p = 0.01$). Pour le domaine de l'agrément⁴⁵, les garçons sont moins en accord avec leur interlocuteur que les filles ($p = 0.002$). Il n'y a pas de différence entre les garçons et les filles du groupe contrôle pour ce dernier domaine ($p = 0.9549$). Les enfants de parent ayant un trouble bipolaire ont un comportement moins dominant ($p = 0.0043$). Selon *Youth self-report*⁴⁶, ils présentent davantage de problèmes d'externalisation que le groupe contrôle ($p = 0.01$) avec plus de comportements agressifs ($p = 0.04$) et délinquants ($p = 0.01$). Les résultats ne mettent pas en avant des difficultés importantes dans le fonctionnement interpersonnel mais surtout des différences entre les genres. Les enfants d'un parent ayant un trouble bipolaire semblent bien fonctionner dans leurs interactions sociales quotidiennes. Il n'y a

⁴⁴ Evaluation des différents thèmes selon la méthode de Moskowitz (1994) sans complément provenant des auteurs.

⁴⁵ *Agreeable items* : interprété comme être en accord avec l'autre, être en train d'écouter attentivement (exemple donné par l'auteur).

⁴⁶ *Youth Self-report* : auto-évaluation des compétences et difficultés émotionnelles et comportementales des enfants âgés de 11 à 18 ans, dans quatre domaines : activités, domaine social et scolaire ainsi que les compétences totales. Elle permet également l'interprétation des symptômes dépressifs chez l'enfant.

pas de différence entre les groupes pour l'internalisation, les problèmes de comportements, la dépression⁴⁷ et l'anxiété⁴⁸. L'agressivité et la délinquance évaluées pendant quatorze jours, ne permettent pas de généraliser les résultats (traduction libre, p.125-128).

D'après Ellenbogen, Hodgins, Walker, Couture et Adam (2006), l'évaluation *Child Behavior Checklist* remplie par les enfants ayant un parent souffrant d'un trouble bipolaire démontre qu'ils présentent plus de problèmes d'internalisation, d'externalisation et sociaux ($p < 0.05$). Cependant, malgré des difficultés plus importantes, ces variables ne semblent pas être source de stress par une absence de lien avec la production de cortisol ($-0.13 < r < 0.25$, p non significatif) (traduction libre, p.1169-1177).

L'étude corrélationnelle longitudinale réalisée par Reichart et al. (2007) compare le fonctionnement social de 140 enfants (âgés de 11 à 26 ans) ayant un parent atteint d'un trouble bipolaire avec 1122 enfants (âgés de 11 à 18 ans) et 1175 jeunes adultes (âgés de 18 à 26 ans) sélectionnés dans la population générale. Ces appréciations émises en trois temps (au départ de l'étude T1, à 1 an T2 et 5 ans après T3), par le biais de questionnaires écrits, résultent de l'évaluation des parents, des professeurs et des enfants. Seuls les résultats de T1 qui inclue les enfants âgés de onze à dix-huit ans et T3 qui intègre les jeunes adultes âgés de dix-huit à vingt-six ans sont évoqués dans cette étude. Après cinq ans, seuls 129 enfants ayant un parent atteint d'un trouble bipolaire ont participé à l'étude. La recherche évalue également le fonctionnement social d'enfant souffrant d'un trouble bipolaire ($n=44$ à T1 et $n=66$ à T3). Ce dernier point constitue la limite de cette recherche. Néanmoins, seuls les résultats intégrant les enfants sains sont exposés. Le large éventail d'âge (11 à 26 ans) contraint les auteurs à utiliser plusieurs échelles adaptées au fonctionnement social des enfants. L'utilisation de ces différents instruments induit des données différentes entre chaque groupe. A T1, les résultats des questionnaires *Youth self-report* réalisé par les enfants ayant un parent atteint d'un trouble bipolaire démontrent des scores plus élevés et par conséquent plus favorables concernant la variable des activités : participation aux sports dans le cadre scolaire, extra-scolaire et des jeux ($p = 0.01$). Néanmoins, aucune différence significative n'est émise concernant le fonctionnement social ($p = 0.83$) et scolaire ($p = 0.36$) entre les enfants ayant un parent atteint d'un trouble bipolaire et la population générale (traduction libre, p.207-212).

Des constatations semblables sont émises par les parents des participants à T1. Les résultats du questionnaire *Child behavior checklist* ne démontrent aucune différence

⁴⁷ Symptômes dépressifs évalués par le *Child Depression Inventory* (enfants mineurs) ou *Beck Depression Inventory* (enfants âgés de plus de 18 ans).

⁴⁸ Anxiété évaluée par le Penn State Worry Questionnaire.

significative concernant le fonctionnement social des enfants ayant un parent atteint d'un trouble bipolaire et des enfants issus de la population générale ($p = 0.53$). En outre, aucune distinction n'est observée concernant le fonctionnement scolaire ($p = 0.14$) et la participation aux activités ($p = 0.58$) entre les deux groupes (Reichart et al., 2007, traduction libre, p.210).

Selon Reichart et al. (2007), les questionnaires *Teacher's report form*⁴⁹ réalisés à T1 ne démontrent pas de différence significative concernant les résultats scolaires ($p = 0.57$) et la capacité d'apprentissage ($p = 0.74$) des enfants ayant un parent atteint d'un trouble bipolaire et les jeunes du groupe contrôle (traduction libre, p.210).

Selon Ahlström, Skärsäter et Danielson (2009), dans le thème *malgré tout, il y a la possibilité de s'en sortir*, même s'il existe un manque de précision concernant le nombre d'enfants concernés, la dépression n'a pour certains pas d'impact sur leur vie scolaire (traduction libre, p.313). Toutefois, ces résultats sont contrés par Timko, Cronkite, Berg et Moos (2002). Les enfants de parent souffrant de dépression unipolaire ont plus de problèmes de comportements. Après un et quatre ans, ils présentent plus de problèmes académiques que les autres (à 1 an, 33% contre 11% ; à 4 ans, 33% contre 6%). Ils ont également plus de problèmes de discipline à l'école lors de l'évaluation après quatre ans d'étude (15% contre 4%). Les enfants de parents non rétablis ont tendance à avoir plus de problèmes de comportement que les groupes d'enfants de parents partiellement rétablis ou rétablis. Cependant, ce résultat est présenté comme une tendance, sans présence de valeur statistique (traduction libre, p.174-175).

Les résultats de Reichart et al. (2006) à T3 (5 ans après le début de l'étude) ne comprennent que les auto-évaluations *Young adult self-report*⁵⁰ des jeunes adultes. Les scores du questionnaire ne démontrent aucune différence significative entre les jeunes ayant un parent atteint d'un trouble bipolaire et le groupe contrôle, concernant les variables des liens sociaux ($p = 0.36$), de l'éducation ($p = 0.33$) et de l'activité lucrative ($p = 0.61$). Il semblerait que le niveau de fonctionnement social des jeunes ayant un parent souffrant d'un trouble bipolaire est identique à celui de la population générale. Seuls les résultats qui apprécient le degré d'entente général entre les membres de la famille (mère, père, fratrie) obtiennent un score plus défavorable chez les jeunes ayant un parent atteint d'un trouble bipolaire ($p = 0.00$) (traduction libre, p.210-211).

⁴⁹ *Teacher's report form* : évaluation effectuée par les professeurs, concernant quatre domaines de performances académiques : force de travail, comportement adéquat, apprentissage et plaisir.

⁵⁰ *Young adult self-report* : auto-évaluation identique à *Youth self report* mais concernant les jeunes adultes, âgés de 18 ans et plus.

5.5.3 Isolement et stigmatisation

Soumis à des situations considérées comme *anormales* par le public, les enfants mettent en place des mécanismes de protection à l'égard des attitudes stigmatisantes et blessantes auxquelles ils sont confrontés au quotidien. Ainsi, la discrimination peut isoler l'enfant.

Le trouble de l'humeur peut provoquer un isolement interne entraînant des difficultés de communication avec le parent. Selon Ahlström, Skärsäter et Danielson (2009), dans le thème *vivre en marge de la communauté*, un enfant témoigne de la difficulté à communiquer avec le parent, par peur du conflit. Le parent est également peu à l'écoute et le temps passé en famille dépend de son humeur. Le parent se met à l'écart de la vie familiale en ne participant pas aux activités communes, devenant difficiles ou insurmontables. Cette dynamique rend la famille inactive (traduction libre, p.311-313).

Les enfants semblent faire preuve d'adaptation dans l'organisation de leurs activités selon l'état psychique du parent (Ahlström, Skärsäter & Danielson, 2007, traduction libre, p.699). Dans le thème *s'adapter avec les expériences de tous les jours*, les enfants préfèrent annuler leurs activités lorsqu'ils sont sollicités à la maison ou lorsque le parent est d'humeur triste ou négative. (Ahlström et al., 2007, 2009 ; Garley, Gallop, Jonhston & Pipitone, 1997 cités par Gladstone, Boydell, Seeman & McKeever, 2011, p.282). Le thème *vivre en marge avec la communauté* démontre qu'en plus de se couper du monde pour rester avec le parent, l'enfant semble avoir un faible réseau social (Ahlström et al., 2009, traduction libre, p.313).

Lors de l'étude d'Ahlström et al. (2007), les enfants expriment rarement aux autres ce qui se passe au sein de la famille (traduction libre, p.700). Par contre, selon les résultats de l'étude qualitative de Östman (2008), dans le thème *conversation et solitude*, la parole est un moyen de communication qui soulage leurs angoisses. C'est en partageant leurs expériences avec le parent *sain* ou une personne de confiance qu'ils se sentent écoutés et moins seuls. La maladie psychique prend beaucoup de place, l'attention se centre uniquement sur le parent et non sur l'enfant (traduction libre, p.355-356). En ce qui concerne la relation avec les pairs décrite dans le thème *impact sur la vie de tous les jours*, certains parents et professionnels de la santé mentale reconnaissent que ces enfants sont socialement isolés (Stallard, Norman, Huline-Dickens, Slater & Cribb, 2004 cité par Gladstone et al., 2011, p.282).

Le thème *impact sur la vie de tous les jours* décrit la peur de l'enfant lorsque le parent est dans un *mauvais jour*. La tristesse et l'inquiétude persistantes sont évoquées à propos de la sécurité et du bien-être familial. Les enfants décrivent leur expérience de honte,

d'embarras, de culpabilité et de peur associés à la stigmatisation. Ils évitent le contexte public où ils pourraient être embarrassés par le comportement du parent (Fjone, Ytterhus & Almvik, 2009 cité par Gladstone et al., 2011, traduction libre, p.282).

Cogan, Riddell et Mayes (2005) ont mené une étude qualitative afin d'explorer, par le biais d'entretiens semi-structurés, la compréhension et l'expérience de vie d'enfants (n=20) âgés de douze à dix-sept ans, ayant un parent atteint d'un trouble affectif. Par l'émergence de six thèmes, les auteurs comparent les données récoltées avec un groupe contrôle d'enfants (n=20) ayant des parents normothymiques. Les participants n'étant pas représentatifs de la population générale, il faut être prudent quant à la généralisation des données. Les résultats du thème *stigmatisation des personnes souffrant de trouble affectif* révèlent que les enfants sont victimes de stigmatisation et d'isolement. Plusieurs jeunes n'invitent pas leurs amis à la maison de peur que ces derniers découvrent et ne comprennent pas le trouble de l'humeur de leur parent. Par appréhension du ridicule, ils préfèrent dissimuler aux pairs leurs sentiments et la particularité de leur vie familiale. Paradoxalement, ils développent un sentiment de surprotection envers leur parent, pour qui, il faut garder le *secret*. Malheureusement, leurs dissimulations, la peur de la stigmatisation et des représailles ne les encouragent pas à chercher un support professionnel médical ou social les aidant à faire face à leur situation familiale. De toute évidence, la stigmatisation des troubles de l'humeur est une barrière sociale qui touche également les enfants (traduction libre, p.57-58).

L'étude d'Aldridge et Becker (2003) a conclu que les aspects positifs de la vie familiale sont compromis par les attitudes discriminantes vécues en dehors de la famille, attribuées au manque de compréhension. Se sentant impuissante face à la problématique, la population les isole inconsciemment (cité par Gladstone et al., 2011, traduction libre, p.282). Selon Fjone, Ytterhus et Almvik (2009), les enfants préfèrent cacher la situation à leurs amis pour ne pas risquer de les perdre. Ils ont envie d'être *normaux* pour ne plus ressentir de l'indignité face à leur situation particulière. Ils se mettent à l'écart en s'auto-stigmatisant, surtout à l'école (cité par Gladstone et al., 2011, traduction libre, p.282). En effet, selon LeFrançois (2010), le thème *stigmatisation* indique que les enfants ayant un parent atteint d'un trouble mental souffrent d'expériences qualifiées de stigmatisantes et discriminantes au sein de leur établissement scolaire ou dans leur communauté. Ces comportements violents peuvent aboutir à un sentiment d'embarras et d'évitement de la part de l'enfant dans sa recherche d'aide (traduction libre, p.127).

Dans le thème *stigmatisation des personnes souffrant de trouble affectif*, Cogan et al. (2005) révèlent que le groupe d'enfants ayant des parents *sains* présentent des attitudes discriminantes envers les personnes ayant un trouble affectif, tant au niveau de leurs

actes que de leurs mots. Néanmoins, ils sont conscients que ces personnes sont victimes de moqueries et de stigmatisation (traduction libre, p.57-58). Selon Singleton (2007), les adolescents ayant un parent atteint d'un trouble psychique aimeraient que la société, leurs amis et les professeurs soient plus compréhensifs, ouverts et moins stigmatisants envers la maladie mentale (traduction libre, p.849).

5.5.4 Hospitalisation du parent

Bien que peu représentée dans les articles de cette recension, l'hospitalisation du parent atteint d'un trouble de l'humeur et son expérience pour l'enfant sont importantes à aborder. En appréhendant son point de vue, les soignants peuvent ajuster leur prise en soin afin que cette période soit mieux vécue.

Garley, Gallop, Johnston et Pipitone (1997) ont interrogé les participants sur *l'impact de l'hospitalisation du parent malade*. Ils ont perçu l'hospitalisation de leur parent comme un évènement positif et parfois un soulagement momentané. Ils ont tous évoqué la notion de prise en soin du parent malade, considérée comme rassurante (traduction libre, p.101). Knutsson-Medin, Edlund et Ramklint (2007) ont également mis en évidence des résultats semblables. Dans le thème *expériences de l'hospitalisation du parent*, les participants s'estiment soulagés par le relais de la prise en soin de leur parent. Ils perçoivent cette expérience bénéfique pour le parent ayant besoin de soins psychiatriques adaptés à sa pathologie (traduction libre, p.748). Cogan, Riddell et Mayes (2005) confirment dans le thème *source de compréhension*, que certains enfants se sentent rassurés par une hospitalisation et désirent que le parent se rétablisse (traduction libre, p.55).

Néanmoins, dans le thème *source de compréhension*, certains jeunes décrivent de la peur, de l'insécurité et de l'inquiétude lorsque le parent est admis dans un service psychiatrique (Cogan et al., 2005, traduction libre, p.55). Reupert et Maybery (2007) confirment dans le thème *parentalité* que lorsque les enfants visitent leur parent hospitalisé, ils se sentent mal à l'aise et inconfortables, percevant ces lieux inaccueillants (cité par LeFrançois, 2010, traduction libre, p.127). D'autres révèlent dans le thème *expériences de l'hospitalisation du parent*, des retours à domicile trop précoces qui ont engendré des inquiétudes et une majoration de responsabilités de l'enfant au sein de sa famille (Knutsson-Medin et al., 2007, traduction libre, p.748).

Knutsson-Medin et al. (2007) relèvent, dans le thème *expériences de l'hospitalisation du parent*, que les enfants souffrent du manque de soutien, d'informations et d'explications de la part des soignants ainsi que de l'absence de contact avec ces derniers (traduction libre, p.748). Les enfants ayant visité leur parent hospitalisé expliquent dans le thème

source de compréhension, que les compétences relationnelles des professionnels de la santé à leur égard influencent leur vision du trouble de l'humeur (Cogan et al., 2005, traduction libre, p.55).

Dans le thème *parentalité*, lors de l'hospitalisation du parent, les enfants ressentent de l'anxiété et ont peur d'être placés non volontairement dans un lieu de soin (Reupert & Maybery, 2007 cité par LeFrançois, 2010, traduction libre, p.127). Egalement évoqué par Aldridge et Becker (2003) et Garley et al. (1997), les enfants ont peur de la séparation induite par l'hospitalisation du parent ou par le retrait de la garde (cités par Gladstone, Boydell, Seeman & McKeever, 2011, traduction libre, p.273).

5.6 Mode fonction des rôles

Dans cette dynamique particulière, certains enfants font face à des responsabilités difficilement compatibles avec leur âge et leur développement émotionnel. Elles peuvent déborder sur le travail scolaire et la vie sociale, engendrant des difficultés pour leur épanouissement. L'impact du trouble de l'humeur chez les enfants est majeur car il touche à la parentalité demandant à l'enfant de puiser dans ses ressources internes et externes pour s'adapter à ce rôle perturbé.

Selon Ahlström, Skärsäter et Danielson (2007), le thème *intrus furtif* transmet que la dépression est vécue comme une intrusion et un envahissement au sein de la famille. La dépression empêche toute projection et provoque une perte de contrôle sur l'ensemble de ses membres (traduction libre, p.696-697). Le thème *impact sur la vie de tous les jours*, de la revue de la littérature de Gladstone, Boydell, Seeman et McKeever (2011), explique que le caractère et le comportement imprévisibles du parent perturbent l'enfant (traduction libre, p.273). Selon Timko, Cronkite, Berg et Moos (2002), les parents ont tendance à peu ou trop contrôler leurs enfants et ont des difficultés à leur imposer des limites, à négocier les conflits et à montrer un intérêt pour le quotidien de leur enfant (traduction libre, p.167). Le thème *risques* indique que les enfants vivant avec un parent ayant un trouble psychiatrique présentent des difficultés dans la gestion de leur quotidien et sont catégorisés *d'enfants à risque*. Ils sont exposés aux comportements hostiles et imprédictibles du parent, à un environnement familial chaotique, à une négligence physique (soins et besoins de base) et à une indisponibilité émotionnelle des parents envers leurs enfants. Néanmoins, les auteurs soulignent que ces enfants ne sont pas

forcément à risque de dommage psychique ou de souffrir d'une relation parent-enfant appauvrie (LeFrançois, 2010, traduction libre, p.126).

Dans le thème *majoration des responsabilités*, les enfants se sentent plus matures que leurs amis du même âge. Ils énoncent également le support émotionnel qu'ils fournissent au parent atteint d'une pathologie psychiatrique mais aussi au parent *sain* (Knutsson-Medin, Edlund & Ramklint, 2007, traduction libre, p.749). Dans l'étude d'Östman (2008), le thème *maturité et responsabilité* confirme qu'ils doivent faire preuve d'une grande maturité afin de gérer les difficultés liées à la maladie psychique du parent. Malgré leur jeune âge, ces enfants sont confrontés à un manque de responsabilité de la part du parent allant à l'encontre du rôle parent-enfant (traduction libre, p.356). Dans le thème *caractéristiques individuelles*, Mordoch et Hall (2002) soutiennent le désengagement parental. Au quotidien, les enfants sont exposés aux fluctuations de la maladie provoquant une inversion des rôles. Afin de maintenir un équilibre familial, l'enfant assume de nombreuses tâches et responsabilités (soignant ou cuisinier) en sacrifiant son enfance ou son adolescence (traduction libre, p.212).

Selon Ahlström, Skärsäter et Danielson (2009), l'enfant est *forcé à renoncer au contrôle de la vie quotidienne*. Pour l'ensemble des membres de la famille, le quotidien est difficile à gérer surtout pour les enfants. Selon les résultats de cette étude, les enfants veulent aider leur parent mais se sentent incapables car c'est trop difficile (traduction libre, p.312). Dans la démarche qualitative d'Ahlström et al. (2007), le fils a de la difficulté à aider sa mère qui souffre de dépression ; rien ne la reconforte. Au sein de sa famille, il joue le rôle de *catalyseur*. Il se donne l'image du combustible nécessaire à sa mère. Lors de son retour de l'école, il lui donne l'impulsion pour participer à la vie familiale. Ainsi, les auteurs expliquent que lorsque la mère reste couchée toute la journée, les enfants doivent être indépendants (traduction libre, p.698-699).

Dans le thème de *la vie quotidienne qui devient difficile*, la responsabilité est transférée entre les différents membres de la famille. Après une journée de cours et de devoirs, le quotidien devient un lourd *fardeau*. L'enfant endosse un rôle parental avec la réalisation des tâches domestiques : la cuisine, la lessive, les courses et s'occuper des frères et sœurs (Ahlström et al., 2009, traduction libre, p.312). Knutsson-Medin et al. (2007) démontrent également une *majoration des responsabilités*, tant au niveau familial (s'occuper de la fratrie) que dans les tâches domestiques (traduction libre, p.749). Cependant, dans la revue de la littérature de Gladstone et al., (2011), le thème *impact sur la vie de tous les jours*, les enfants expliquent que l'impact au niveau scolaire reste modéré. Par contre, ils se sentent coupables lorsqu'ils échouent à gérer les responsabilités qu'ils s'imposent tant à l'école qu'à la maison (traduction libre, p.282).

Le thème *faire face à la maladie du parent* met en lumière la notion de *fardeau* ressenti par la totalité des participants interrogés. Le concept de loyauté envers le parent ainsi que l'inversion des rôles dans la relation parent-enfant est illustrée à de nombreuses reprises par les jeunes ayant des responsabilités trop élevées par rapport à leur âge. Selon Garley, Gallop, Johnston et Pipitone (1997), une jeune fille de 12 ans dont les parents sont divorcés, explique devoir veiller sur son père souffrant de dépression les weekends, lui préparer les repas ou faire le ménage. Un garçon indique que son père n'ayant que peu d'amis, il l'appelle tous les jours pour lui faire part de son mal-être (traduction libre, p.101-102). Les parents et les professionnels de la santé rapportent également l'impact négatif de l'implication des enfants dans les tâches quotidiennes, comme un *fardeau* ou la preuve d'une *inversion des rôles* et d'un enfant *parentifié* (Garley et al., 1997 cité par Gladstone et al., 2011, traduction libre, p.283).

Avec un *quotidien instable*, les auteurs mettent en évidence un changement de rôle important. Certains enfants prendront une position soignante et protectrice avec leur parent et d'autres auront tendance à fuir la situation. Un enfant raconte qu'il protège son frère et ses sœurs de la tristesse de la mère. L'enfant est souvent une raison de vivre pour leur parent et augmente leur qualité de vie. Cette considération met beaucoup de pression sur les épaules de l'enfant. Sa position de soignant, lui donne le rôle de proche aidant envers son parent. Il doit parfois le sortir du lit et prendre des initiatives pour mieux communiquer avec lui (Ahlström et al. 2009, traduction libre, p.312-315). Comme confirmé par l'étude de Gladstone et al. (2011), dans le thème *impact sur la vie de tous les jours*, les enfants ont différentes réactions face à la maladie psychique du parent dont l'engagement dans les activités de proche aidant (traduction libre, p.273).

Aldridge (2006) évoque le thème de *proche aidant* à l'égard des enfants ayant un parent atteint d'un trouble mental, lorsqu'ils endossent des responsabilités parentales au sein de sa famille. Ces tâches incluent entre-autre, prendre soin du parent tant au niveau personnel qu'émotionnel, s'occuper des corvées ménagères ainsi que des frères et sœurs. La prise en soin personnelle et émotionnelle inclue le contrôle du bien-être du parent, l'administration des médicaments et un support fourni durant les périodes de crise ou de décompensation. Le terme *parentification* signifie le transfert intégral du rôle parental sur l'enfant et inversement du rôle parent-enfant. Malgré une majoration des responsabilités, l'enfant n'est jamais considéré comme *parent* à part entière (cité par LeFrançois, 2010, traduction libre, p.127).

L'épuisement lié à l'augmentation des tâches de proche aidant chez l'enfant, se répercute négativement au niveau de ses performances académiques et de sa socialisation. L'enfant décrit les perturbations dans la routine de l'école avec des notes basses, des

expulsions et une fatigue importante (Cree, 2003 ; Garley et al., 1997 ; Östman, 2008 cités par Gladstone et al., 2011, traduction libre, p.282). Cependant, l'investissement scolaire et professionnel permet à l'enfant de s'ancrer dans la réalité (Ahlström et al., 2009, traduction libre, p.312). Selon l'article d'Aldridge et Becker (2003), les professionnels de la santé et des services sociaux parlent d'enfant à *risque* en raison de la majoration de leurs responsabilités. Les membres de la famille préfèrent cacher la maladie et l'inversion des rôles, engendrant une difficulté d'intervention pour les professionnels (cité par Gladstone et al., 2011, traduction libre, p.283).

La majoration des responsabilités chez l'enfant et un rôle de proche aidant, n'entraînent pas que des difficultés. Certains points positifs sont relevés dans le thème *proche aidant*. Les résultats révèlent que grandir avec un parent atteint d'un trouble psychique favorise le développement positif de l'enfant, l'indépendance et une relation familiale qui rapproche ses membres. Cependant, si le rôle de proche aidant est présent sur le long terme ou de manière disproportionnée par rapport aux capacités de l'enfant, celui-ci peut être affecté dans son développement et ses expériences durant l'enfance (LeFrançois, 2010, traduction libre, p.127-128).

5.7 Stratégies d'adaptation

La traduction littérale du *coping* correspond à la stratégie d'adaptation. Les différentes définitions de ce terme sont dépendantes de l'interprétation de chaque auteur. Ils s'accordent sur le modèle de *réponses volontaires* et *involontaires* donné par Lazarus et Folkman (1984). Les résultats se basant sur le modèle adaptatif de Roy sont présentés en tant que stratégies adaptatives.

Dans le thème *s'adapter avec les expériences de tous les jours*, les enfants prennent du temps et mettent beaucoup d'énergie pour gérer ou même *sauver* la situation stressante dans laquelle ils se trouvent. L'enfant observe le comportement du parent et émet des réponses régulatrices ou délétères pour la stabilité personnelle et familiale (Ahlström, Skärsäter & Danielson, 2007, 2009 ; Garley, Gallop, Johnston & Pipitone, 1997 cités par Gladstone, Boydell, Seeman & McKeever, 2011, traduction libre, p.282).

La recherche corrélationnelle de Langrock et al. (2005) analyse les différentes stratégies adaptatives mobilisées par les enfants (n=78, âgés entre 10 et 16 ans) face au stress de vivre avec un parent souffrant d'un trouble dépressif (n=57). Les résultats de cette étude mettent en évidence des corrélations entre les stratégies d'adaptation et les symptômes

d'agressivité, d'anxiété et de dépression. Les évaluations sont effectuées par les enfants avec les échelles : *Responses to Stress Questionnaire*⁵¹, *Child Behavior Checklist* et *Youth Self-Report*. L'absence de groupe contrôle ainsi que certaines corrélations plus proches de la limite du 0 que de 1 sont des limites qui influencent les résultats. Plus l'enfant utilise la stratégie de désengagement volontaire (éviter et dénier) et moins il met en place des stratégies d'adaptation primaires (résolution de problèmes et régulation émotionnelle) ($r = -0.58, p < 0.01$) et secondaires (distraction, acceptation et restructuration cognitive) ($r = -0.30, p < 0.01$). La stratégie secondaire est une réponse adaptée au stress contrairement à l'engagement involontaire (ruminations et actions impulsives). L'évitement involontaire et les émotions paralysées (désengagement involontaire) sont présentes lorsque l'enfant mobilise insuffisamment les stratégies primaires ($r = -0.69, p < 0.01$) et secondaires ($r = -0.65, p < 0.01$). Les ruminations et les actions impulsives en excès diminuent l'accès aux stratégies primaires ($r = -0.33, p < 0.01$) et secondaires ($r = -0.80, p < 0.01$) (Langrock et al., 2005, traduction libre, p.198-203).

L'acceptation et les pensées positives diminuent les symptômes dépressifs, anxieux ($r = -0.53, p < 0.01$) et agressifs ($r = -0.32, p < 0.01$). Quant à l'agressivité, elle induit une augmentation des symptômes anxieux et dépressifs ($r = 0.67, p < 0.01$) (Langrock et al., 2005, traduction libre, p.198-203).

L'étude corrélationnelle de Langrock, Compas, Keller, Merchant et Copeland (2002) s'est uniquement intéressée aux récits des parents ($n=66$) souffrant de troubles dépressifs concernant le quotidien et les changements de comportements de leurs enfants ($n=101$, âgés de 7 à 17 ans). Le but de l'étude et les échelles utilisées sont similaires à la recherche de Langrock et al. (2005). Certaines corrélations plus proches de la limite du 0 que de 1 ainsi que l'absence de groupe contrôle sont des limites pouvant influencer les résultats. De manière générale, les résultats confirment l'étude de Langrock et al. (2005). Seules quelques nuances viennent compléter les récits des enfants. Selon le parent, l'évitement et le déni diminuent l'utilisation des stratégies primaires qui améliorent la situation ($r = -0.66, p < 0.01$). La mobilisation du désengagement involontaire (éviter involontaire et émotions paralysées) diminue l'utilisation des stratégies d'adaptation primaires ($r = -0.56, p < 0.01$) et secondaires ($r = -0.54, p < 0.01$). Plus l'enfant laisse de la place aux ruminations et à ses actions impulsives (stratégies d'engagement involontaire) moins il accepte son quotidien (stratégies secondaires) ($r = -0.70, p < 0.01$)

⁵¹ *Responses to Stress Questionnaire* : auto-évaluation des stratégies adaptatives (*coping*) : primaires, secondaires, désengagement, engagement involontaire et désengagement involontaire.

et moins il mobilise l'évitement et le déni (désengagement) ($r = -0.24, p < 0.05$) (Langrock et al., 2002, traduction libre, p.317-318).

La dépression parentale diminue chez l'enfant l'utilisation de stratégies adaptatives primaires ($r = -0.24, p < 0.05$). Néanmoins, elle augmente la mobilisation de l'évitement involontaire et les émotions paralysées ($r = 0.24, p < 0.05$). La dépression parentale n'est pas significativement corrélée avec les symptômes anxieux, dépressifs ($r = 0.09, p > 0.01$) et agressifs ($r = 0.11, p > 0.01$) de leurs enfants. Les stratégies adaptatives primaires telles que la résolution de problèmes et la régulation émotionnelle ont tendance à engendrer moins de symptômes agressifs ($r = -0.02, p < 0.05$). Les symptômes agressifs sont corrélés aux symptômes d'anxiété et de dépression ($r = 0.57, p < 0.01$) (Langrock et al., 2002, traduction libre, p.317-318).

La recherche quantitative effectuée par Dunbar et al. (2013) veut démontrer la corrélation entre le style cognitif négatif et les symptômes dépressifs chez les enfants ($n=165$, âgés de 9 à 15 ans) de parents souffrant d'un trouble dépressif majeur. Selon Hankin et Abramson (2002), le style cognitif négatif est l'un des mécanisme pouvant induire des symptômes dépressifs chez les enfants de parent souffrant de dépression. Il se réfère à la manière de penser de l'enfant à propos des causes, des conséquences et des implications pour lui-même après l'apparition d'un événement négatif. L'interprétation des causes : stables (les choses ont toujours été comme cela), générales (cet événement négatif affecte de nombreux domaines de la vie) et internes (ce qui arrive est de ma faute) définit son style cognitif négatif (cité par Dunbar et al., 2013, traduction libre, p.3). Les différentes échelles d'évaluation utilisées regroupent *Structured Clinical Interview for DSM*⁵², *Child Behavior Checklist*, *Youth Self-Report*, *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version*⁵³, *Responses to Stress Questionnaire* et *Adolescent Cognitive Style Questionnaire*⁵⁴. Les corrélations sont à interpréter au regard du petit échantillon. La présence d'un plus grand nombre de mères ($n=148$) que de pères ($n=17$) diminue la représentativité de l'échantillon. Chez l'enfant, la pose de diagnostic est discutable par la possibilité de changement à l'adolescence. Le style cognitif négatif est lié aux symptômes dépressifs ($r = 0.35, p < 0.001$). Face au stress, les enfants ayant un style cognitif négatif ont tendance à utiliser des stratégies passives d'adaptation (le désengagement) ($r = 0.19, p < 0,05$) et délaissent les stratégies adaptatives primaires (résolution de problème et régulation émotionnelle) ($r = -0.19, p < 0.05$) et secondaires (acceptation et restructuration cognitive) ($r = -0.20, p < 0.05$). La

⁵² *Structured Clinical Interview for DSM* : évalue les épisodes psychopathologiques actuels et anciens en fonction des critères du DSM-IV.

⁵³ *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version* : interview semi-structurée générant des diagnostics psychiatriques selon l'axe I du DSM-IV.

⁵⁴ *Adolescent Cognitive Style Questionnaire* : évaluation qui met en évidence le style cognitif négatif des enfants.

mobilisation des stratégies secondaires ($r = -0.51, p < 0.001$) et primaires ($r = -0.36, p < 0.001$) réduit les symptômes dépressifs (Dunbar et al., 2013, traduction libre, p.7-9). Selon les résultats de Fraser et Pakenham (2009), les évaluations effectuées par *Responses to Stress Questionnaire* démontrent que la mobilisation de stratégies primaires (résolution de problèmes, régulation émotionnelle) favorise une meilleure relation avec le parent malade ($r = 0.32, p < 0.05$), ainsi qu'un comportement *prosocial* ($r = 0.29, p$ non indiqué). Plus l'enfant mobilise des stratégies secondaires (acceptation, pensées positives), meilleure est sa satisfaction de vie ($r = 0.33, p < 0.05$) (traduction libre, p.581).

Selon Fraser et Pakenham (2009), la mobilisation du désengagement volontaire et de réponses involontaires est associée à un faible degré d'ajustement, avec un sentiment de dépression plus élevé ($r = 0.49-0.39, p < 0.01$) et plus de difficultés émotionnelles et comportementales ($r = 0.46, p < 0.01$). Les actions impulsives, les ruminations (engagement involontaire), l'évitement et le déni (désengagement volontaire), utilisés par l'enfant sont associés à une restriction d'activités ($r = 0.30, p < 0.05$) et à un isolement social ($r = 0.60, p < 0.01$). La mobilisation de stratégies adaptatives involontaires (engagement et désengagement) induit un comportement compulsif ($r = 0.35-0.37, p < 0.05$) chez l'enfant et un sentiment d'inconfort ($r = 0.27-0.35, p < 0.05$) envers son parent. Les résultats mettent en évidence que les stratégies de désengagement involontaire sont corrélées avec un sentiment de responsabilité plus élevé ($r = 0.31, p < 0.05$) envers le parent souffrant d'une maladie psychique (traduction libre, p.581-582).

Garley et al. (1997) se sont également intéressé au thème *stratégies d'adaptation mobilisées* par l'enfant ayant un parent atteint d'un trouble de l'humeur. Bien que certains affirment ne pas parler de la maladie du parent à leurs amis, les liens amicaux sont des ressources mentionnées à plusieurs reprises par les enfants. Un garçon explique qu'il trouve du réconfort lorsqu'il parle de la dépression avec des filles car elles sont plus compréhensives (traduction libre, p.101). Selon Ahlström et al. (2007 et 2009) et Garley et al. (1997) dans le thème *s'adapter avec les expériences de tous les jours*, parler aux frères et sœurs, aux amis et aux autres membres de la famille est une stratégie permettant de soulager la pression interne (cité par Gladstone et al., 2011, traduction libre, p.283).

Selon Garley et al. (1997) les activités extra-scolaires (sport et regarder la télévision) ressorties dans le thème *stratégies d'adaptation mobilisées* permettent à l'enfant de décentrer son énergie de la maladie (traduction libre, p.101). Dans le thème *malgré tout, il y a la possibilité de s'en sortir* d'Ahlström et al. (2009), les enfants mobilisent des stratégies adaptatives secondaires. Ils utilisent l'écriture de poème ou de lettres lorsqu'ils se sentent tristes (traduction libre, p.313). Selon Ahlström et al. (2007, 2009) et Garley et

al. (1997) dans le thème *s'adapter avec les expériences de tous les jours*, en addition aux stratégies adaptatives individuelles telles que la lecture, la prière et la rédaction d'un journal, les enfants utilisent les activités sportives comme diversion (cité par Gladstone et al., 2011, traduction libre, p.283).

Afin de se protéger, les enfants développent et mettent en place des stratégies d'évitement pour mieux gérer la maladie mentale du parent (Östman 2008, traduction libre, p.356-357). Ainsi, Ahlström et al. (2007) rapportent que la jeune fille n'a pas de solution pour échapper aux conflits et à la tristesse. Elle s'isole dans sa chambre sur l'ordinateur. Elle reste silencieuse et calme, un bon moyen de se protéger. Afin d'éviter les conflits, elle rend souvent visite à ses grands-parents et à ses amis (traduction libre, p.699).

5.8 Perceptions et compétences de l'enfant

La dynamique particulière dans laquelle l'enfant évolue lui demande de faire face jour après jour, à l'humeur fluctuante du parent. Par conséquent, il développe de nombreuses compétences dont l'identification des signes et des symptômes du parent. Les auteurs évoquent différents moyens utilisés afin d'accroître les connaissances sur le trouble de l'humeur. Selon les résultats de Fraser et Pakenham (2009), le savoir de l'enfant évalué par le *Mental health literacy*⁵⁵, indique que plus il est âgé, plus ses connaissances sur la maladie sont importantes ($r = 0.32 ; p < 0.05$). De meilleures connaissances et sensibilisation de la maladie sont associées à une plus grande maturité de l'enfant ($r = 0.35$ et $0.32 ; p < 0.05$) (traduction libre, p.579).

Lorsque les enfants ayant un parent atteint de trouble de l'humeur sont interrogés sur leurs perceptions, les résultats récoltés par Cogan, Riddell et Mayes (2005), dans le thème *choix du langage*, indiquent qu'ils ont tendance à employer un langage alternatif. Des termes tels que *problèmes*, *mauvais jours*, *stress*, *tristesse* ou *déprimé* sont relevés. Des appellations médicalisées comme *malade* ou *souffrant* sont également utilisées par ces enfants. Les jeunes du groupe ayant des parents *sains* sont plus enclins à nommer ces troubles d'*abnormal*, *erratique*, *bizarre* et *mental*. Ils véhiculent aussi de fausses idées négatives utilisant les termes *fou*, *incontrôlable*, *dangereux* et *imprévisible* (traduction libre, p.53). Ce type de perceptions provenant de leurs pairs engendrent de la discrimination et de la stigmatisation.

⁵⁵ *Mental health literacy* : évaluation des connaissances et de la *sensibilisation/conscience* de l'enfant concernant la maladie mentale du parent.

La revue de la littérature de Walsh (2009) a développé son analyse sur la compréhension et la perception des enfants concernant la maladie mentale du parent. Cette revue qui intègre des recherches datant de 1993 à 2005 ne précise pas le diagnostic des parents. Les enfants ressentent de l'inquiétude concernant la façon dont la maladie mentale du parent *débute* et comment *elle s'en va* (traduction libre, p.120). Egalement confirmé par Garley, Gallop, Johnston et Pipitone (1997), dans le thème *préoccupations personnelles*, les enfants évoquent leur inquiétude concernant la transmission génétique du trouble de l'humeur du parent à l'enfant, ainsi que la manière dont la pathologie débute, se caractérise et évolue (traduction libre, p.100). Garley et al. (1997) ont interrogé les enfants sur leur *perception de la maladie du parent*. La majorité qualifie les troubles de l'humeur de *pathologie chronique*. Ils expliquent que la prescription des traitements médicamenteux contrôle les symptômes et les décompensations sans induire de guérison définitive. Les enfants mentionnent également l'importance du suivi psychiatrique du parent (traduction libre, p.102).

Cogan et al. (2005) illustrent dans le thème *causes du trouble affectif* que les enfants ayant un parent souffrant de cette pathologie attribuent des causes multifactorielles à son développement. Les explications données incluent aussi des facteurs sociaux, environnementaux et biologiques. Ainsi, les enfants s'accordent à dire que des événements stressants, traumatiques, douloureux ou difficiles à gérer pour le parent tels que des abus dans l'enfance, des divorces, des deuils ou des conflits peuvent être des causes du développement de troubles de l'humeur. Une minorité de participants évoquent une étiologie génétique ou héréditaire. D'autres se blâment pensant être la raison pour laquelle le parent a développé un trouble (traduction libre, p.56-57).

Lorsque ces jeunes sont interrogés sur le thème *les causes de la maladie* de leur parent, l'un d'entre eux l'attribue à la mauvaise estime de soi de sa mère dépressive qui aurait subi un abus sexuel durant l'enfance. Un autre participant explique que la maladie de son parent serait due à une éducation trop sévère dans l'enfance. Enfin, un dernier évoque des causes combinées génétiques et environnementales (Garley et al., 1997, traduction libre, p.100). Cogan et al. (2005) illustrent dans le thème *causes du trouble affectif* que le groupe contrôle attribue ces causes à des facteurs environnementaux et sociaux tels que la pauvreté, la consommation de drogues, le vagabondage, l'isolement et les deuils (traduction libre, p.56-57).

Egalement confirmé dans l'étude de Gladstone, Boydell, Seeman et McKeever (2011), le thème de Cogan et al. (2005), *différences avec une pathologie somatique* met en évidence la capacité des enfants ayant un parent souffrant de troubles de l'humeur et ceux du groupe contrôle, à distinguer des différences entre un trouble mental et une

pathologie physique. Ils expliquent que contrairement aux maladies somatiques, les troubles affectifs ne sont pas tangibles mais situés dans l'esprit et composés de sentiments et d'émotions négatifs. Les enfants ayant un parent atteint d'un trouble de l'humeur commentent que la maladie psychique est difficile à voir et qu'elle se cache à l'intérieur de la personne. Le groupe contrôle explique que la pathologie mentale n'est présente que lorsque la personne agit différemment ou se sent triste. Les deux groupes s'accordent à dire qu'il est difficile de comprendre la maladie psychique tant elle est éthérée (traduction libre, p.53-54). A l'inverse, selon Riebschleger (2004), la plupart des enfants font le lien entre la santé mentale et physique et s'accordent à reconnaître que la maladie mentale a une influence sur le corps (cité par Gladstone et al., 2011, traduction libre, p.284-285).

Selon Ahlström, Skärsäter et Danielson (2007), dans le thème *difficile de trouver les mots*, la dépression est difficile à comprendre pour la famille elle-même ; la formulation des différents problèmes entre les membres s'en ressent. La fille a de la peine à expliquer et décrire la dépression. Le fils n'a jamais pensé à demander à sa mère pourquoi elle est triste. Parfois, il déduit la tristesse de sa mère lorsqu'elle lui demande de l'aide. Lorsque la dépression se dissipe, la fille décrit que la mère se fâche lorsque quelqu'un parle de la maladie (traduction libre, p.700). Il est peut-être difficile de parler de la maladie surtout lorsque les signes se sont estompés. L'enfant a peur de remettre de l'huile sur le feu en évoquant la période sombre écoulée.

Malgré des difficultés de compréhension, le quotidien avec un parent atteint d'un trouble de l'humeur permet aux enfants de reconnaître et de détecter les signes qui induisent une décompensation psychique. Le thème *reconnaître les signes* met en lumière l'habileté des enfants à savoir décrire et reconnaître les phases où la maladie prend le dessus sur le comportement et le caractère habituel du parent. Cette capacité est perçue comme étant rassurante chez la totalité de l'échantillon interrogé. La notion de stress évoquée par l'enfant, correspond au principal facteur déclencheur d'une décompensation (Garley et al., 1997, traduction libre, p.101). Walsh (2009) indique que certains enfants sont capables d'identifier les comportements dits *normaux* et *anormaux* exprimés par le parent (traduction libre, p.120). Comme confirmé par Gladstone, Boydell, Seeman et McKeever (2011), le thème *source de compréhension* de Cogan et al. (2005) confirme que les enfants ont la capacité d'identifier le changement de comportement du parent et de distinguer les *bons* jours des *mauvais* (traduction libre, p.54-55). Egalement confirmé par l'étude qualitative d'Ahlström, Skärsäter et Danielson (2009) dans le thème *vivre en marge de la communauté*, l'enfant développe des capacités à détecter les symptômes du

parent. Par exemple, pour certains enfants, un comportement introverti signifie que le parent ne va pas bien (traduction libre, p.313).

D'après Ahlström et al. (2007), le fils âgé de dix-neuf ans accepte la maladie de sa mère. La fille remarque les changements de comportements chez sa mère et l'augmentation des disputes au sein de la famille. Le fils reconnaît les signes de la dépression. Il observe que sa mère se surinvestit dans une activité avant de tomber dans une phase triste. Lors de problèmes de type financier à la maison, la mère anxieuse range l'appartement. Les deux enfants identifient la fin de la période de dépression : pour le fils, lorsque sa mère le remercie de son aide et pour la fille, lorsqu'elle sort de sa chambre pour leur parler. Le fils a remarqué que sa mère préfère être seule lorsqu'elle ne se sent pas bien. Ne sachant comment l'aider et ne voulant pas la déranger, il va parfois retrouver ses amis. La fille reste présente en parlant à sa mère afin qu'elle oublie sa tristesse (traduction libre, p.697-699).

Ainsi, plusieurs études mettent en avant la capacité des enfants à décrire les symptômes du parent bien que parfois ce dernier essaie de les cacher, afin de protéger son enfant (Cogan et al., 2005 ; Fjone, Ytterhus & Almvik, 2009 cités par Gladstone et al., 2011, traduction libre, p.284).

Le thème *s'adapter avec les expériences de tous les jours* détaille la gestion de la situation par l'enfant. Il observe les comportements du parent puis s'adapte aux signes imminents du trouble l'humeur (Garley et al., 1997 cité par Gladstone et al., 2011, traduction libre, p.282). Les enfants décrivent agir indépendamment, s'efforçant d'être aidant, concevant des stratégies de protection pour éviter le conflit (Ahlström et al. 2007, 2009 ; Garley et al., 1997, traduction libre, p.282).

Néanmoins, certains enfants peinent à différencier les comportements des parents avec les symptômes dépressifs. Parfois, ils banalisent la situation comme si le comportement faisait partie du caractère du parent, n'étant pas *pathologique* (Ahlström et al., 2009, p.312).

Une meilleure connaissance influence de manière positive la capacité de l'enfant à s'adapter permettant de ne pas se blâmer et d'avoir des attentes irréalistes en lien avec le rétablissement (Cogan et al., 2005 cité par Gladstone et al., 2011, traduction libre p.284 ; Stallard, Norman, Huline-Dickens, Salter & Cribb, 2003 cité par Walsh, 2009, traduction libre, p.120). Selon Marsh et Dickens (1997), dans le thème *caractéristiques individuelles*, les enfants mal informés sur la maladie mentale du parent ont recours à des mécanismes de défense comme le déni, la distanciation ou l'intellectualisation du problème (cité par Mordoch & Hall, 2002, traduction libre, p.211). Les enfants développent des stratégies

individuelles inadaptées afin de surmonter les conséquences défavorables de la maladie. Ces conduites peuvent avoir un effet négatif sur les relations interpersonnelles. Malgré cela, dans le thème *facteurs de protection*, ces enfants ne développeront pas forcément des troubles affectifs ou comportementaux. Ils créent d'autres liens affectifs avec un substitut tel que les grands-parents, les tantes et les oncles ainsi que les voisins. Ce système de soutien permet à l'enfant d'établir un meilleur équilibre entre les différents facteurs de risque et de protection (Mordoch & Hall, 2002, traduction libre, p.211-212).

Dans la revue de la littérature de Gladstone et al. (2011), les enfants se sont tous révélés avides d'informations concernant le trouble de l'humeur de leur parent (traduction libre p.285). Selon Garley et al. (1997), le thème *requête d'informations* démontre que certains enfants restés dans l'ignorance concernant la pathologie de leur parent, ont fait part de leur frustration lorsqu'ils ont été interrogés à ce sujet. Un garçon rapporte que son père ne lui donne aucune explication, le considérant trop jeune pour comprendre la raison des fréquentes hospitalisations de sa mère souffrant de dépression. Un autre participant indique se sentir démuni face aux pleurs de sa mère malade (traduction libre, p.100). Cogan et al. (2005) confirment dans le thème *demande d'informations*, la volonté des enfants ayant un parent souffrant d'un trouble affectif de recevoir des renseignements sur la pathologie et des indications sur la façon dont ils pourraient aider le parent (traduction libre, p.58-59). Mordoch (2010) conclut que les enfants ont besoin de suffisamment d'informations pour les aider à vivre avec les circonstances, éviter les contraintes émotionnelles inutiles et leur donner de l'espoir pour le futur (cité par Gladstone et al., 2011, traduction libre p.285). Cogan et al. (2005) mettent en évidence dans le thème *demande d'informations*, que les jeunes ayant des parents normothymiques reconnaissent l'importance d'obtenir plus d'informations sur les troubles de l'humeur afin d'acquérir une meilleure compréhension et réduire les idées négatives de la population générale (traduction libre, p.58-59).

Cogan et al. (2005) mettent en évidence dans le thème *source de compréhension*, que les médias sont les principales sources d'informations qui permettent aux enfants ayant un parent atteint d'un trouble affectif et à ceux du groupe contrôle, d'obtenir des renseignements sur les troubles de l'humeur. Les jeunes ayant un parent qui souffre d'un trouble de l'humeur élaborent quotidiennement la compréhension de la pathologie par l'observation des symptômes (traduction libre, p.54-55).

Dans le thème *comprendre la maladie mentale*, certains enfants obtiennent des informations à propos de la maladie par le parent *sain* ou un autre membre de la famille. D'autres essaient de trouver un sens au comportement par la recherche de réponses auprès de conseillers scolaires ou dans des librairies (Garley et al., 1997 ; Mordoch, 2010

cités par Gladstone et al., 2011, traduction libre, p.284). Selon Mordoch (2010), les enfants apprennent de manière sporadique en trouvant des informations accidentellement, souvent en écoutant par hasard les conversations des adultes (cité par Gladstone et al., 2011, traduction libre, p.284). Les enfants utilisent de nombreuses ressources, par exemple, une participante n'ayant pas accès aux informations par ses parents a effectué seule des recherches à la bibliothèque scolaire sur le thème de la dépression (Garley et al., 1997, traduction libre, p.100).

Cogan et al. (2005) rajoutent dans le thème *demande d'informations*, que l'essentiel des connaissances des enfants ayant un parent souffrant d'un trouble de l'humeur repose sur leurs propres impressions et les explications fournies par leurs parents ou par les frères et sœurs plus âgés. Seule une minorité de jeunes indiquent avoir reçu des informations de la part de professionnels les aidant à comprendre et à s'adapter à la situation familiale (traduction libre, p.58-59). Dans le thème *comprendre la maladie mentale*, les enfants évoquent la difficulté de compréhension du langage biomédical. C'est en observant le parent que l'enfant élabore ses propres connaissances sur la maladie. Cependant, peu parlent des informations qui ont été données sur les étiologies de la maladie psychique. Par conséquent, le savoir des enfants peut être considéré comme inadéquat et peu fiable. (Cogan et al., 2005 ; Fjone, Ytterhus & Almvik, 2009 cités par Gladstone et al., 2011, traduction libre, p.284). De plus, Cogan et al. (2005) mettent en évidence dans le thème *source de compréhension*, que certains parents atteints de troubles affectifs cachent l'existence de leur pathologie à leur enfant, prétendant qu'il n'y a aucun problème (traduction libre, p.54-55).

Le thème *sources de compréhension* indique que les connaissances du groupe contrôlé proviennent de leurs *expériences directes*, celles vécues ou reportées par des membres de leur famille, des connaissances ou des voisins souffrant de troubles affectifs. Leurs représentations aussi sont influencées par les dires de leurs parents (Cogan et al., 2005, traduction libre, p.54-55).

L'étude qualitative de Pihkala, Sandlund et Cderström (2011) s'intéresse au vécu des enfants issus de neuf familles de parents souffrant de maladie mentale (6 parents souffrant de dépression et 3 de troubles psychotiques) et cinq familles de parents normothymiques. Le vécu des enfants établi par l'utilisation d'interviews qualitatives, sert de support visant à prouver l'efficacité de l'intervention de *Beardslee*⁵⁶. Les auteurs indiquent que le temps entre l'intervention et l'interview était long ce qui a peut-être déformé certains propos sur le vécu. Le devis qualitatif engendre une difficulté de généralisation. Concernant le thème *connaissance améliorée et plus d'ouverture en lien*

⁵⁶ *Beardslee's family intervention* : méthode préventive axée sur les familles dont un parent souffre d'une maladie mentale.

avec la communication sur la maladie du parent, les auteurs mettent en évidence l'importance pour les enfants de connaître la maladie des parents et de voir qu'ils ne sont pas les seuls dans cette situation (traduction libre, p.625).

6 DISCUSSION

L'ensemble des recherches met en évidence l'impact important du trouble de l'humeur du parent sur les mécanismes d'adaptation de son enfant. La revue de la littérature permet l'émergence de thèmes récurrents, présentés dans la discussion :

- perturbations émotionnelles liées au quotidien stressant ;
- répercussions psychosomatiques ;
- maintien d'un équilibre personnel, familial et psychosocial ;
- responsabilités dépassées ;
- gestion émotionnelle et cognitive ;
- élaboration du savoir selon les expériences vécues.

Les notions découlant des thèmes répondent à la question de recherche : comment l'enfant et l'adolescent s'adaptent dans un environnement perturbé par le trouble de l'humeur du parent ? Les thèmes sont inspirés des différentes recherches mais élaborés en fonction de la synthèse des résultats. Cette partie met en évidence les facteurs protecteurs et les facteurs de risque de l'enfant accompagné de propositions de prise en soin. Les interventions infirmières viseront à accompagner l'enfant pour « rétablir l'équilibre de la balance dynamique entre risque et protection et aller vers la résilience » (Ionescu, Stieffatre-Nascimento & Goussé, 2011, p.235).

6.1 Perturbations émotionnelles liées au quotidien stressant

L'adaptation de l'enfant résulte de sa capacité à gérer et à réguler ses émotions grâce au *cognator*. Selon le type de régulation émotionnelle utilisée, le quotidien sera influencé de manière positive ou négative. Selon Silk, Shaw, Skuban, Oland et Kovacs (2006), la mise à distance des événements semble défailante chez ces enfants. Au quotidien, leur gestion des *stimulis* stressants est moins performante. Ils ont de la difficulté à décentrer leur attention de la source du stress et à réguler leurs émotions.

L'enfant a besoin de prendre de la distance avec son quotidien perturbé. Selon Mordoch et Hall (2002), c'est par une approche professionnelle adaptée, en développant des

interventions efficaces que l'enfant mobilisera les ressources nécessaires favorisant un bon développement émotionnel et psychologique (traduction libre, p.212). Les interventions assureraient une distance *saine*, compatible avec un développement physiologique. La rationalisation permettrait à l'enfant de se mettre à distance des événements vécus. Ce travail de réflexion sur soi et sur autrui favorise la résilience (Lecomte 2010, p.96). Selon De Tichey (2001), « la mentalisation constitue le processus intrapsychique essentiel qui vient fonder la capacité de résilience du sujet » (cité par Lecomte 2010, p.96). L'infirmier l'aiderait à travailler et à modifier ses schémas cognitifs lorsqu'ils engendrent des émotions désagréables. La prise de recul permettrait à l'enfant de prendre conscience de son processus de santé. Des lieux d'échange entre pairs, empreints d'empathie, laisseraient place à des émotions refoulées ou difficiles à exprimer en dehors du cadre familial et diminueraient les angoisses liées aux ruminations internes. Pihkala, Sandlund et Cderström (2011) mettent en évidence l'importance pour l'enfant de se rendre compte qu'il n'est pas le seul à vivre cette situation (traduction libre, p.625).

L'enfant soumis à des *stimulis* environnementaux stressants met en place des mécanismes adaptatifs qui se traduisent par l'apparition de symptômes physiques et psychiques. La peur et l'inquiétude sont des émotions qui intègrent ce premier thème (Ahlström, Skärsäter & Danielson, 2009 ; Gladstone, Boydell, Seeman & McKeever, 2011 ; Knutsson-Medin, Edlund & Ramklint, 2007 ; Östman, 2008 ; Timko, Cronkite, Berg & Moos, 2002). La peur s'accroît au cours des épisodes de décompensation et face à des situations stigmatisantes (Gladstone et al., 2011). L'anxiété est le symptôme pouvant découler du processus adaptatif mobilisé par l'enfant. L'imprévisibilité de l'humeur du parent et le risque de suicide accentuent ce symptôme surtout lorsque l'enfant s'absente du domicile. Afin de pallier à cette crainte, il tente de se calmer en s'assurant du bien-être du parent. Le manque de compréhension du trouble psychique et la comparaison avec des familles normothymiques renforcent son anxiété (Gladstone et al., 2011). L'enfant peut développer de la jalousie envers les pairs ayant des parents sans trouble psychique (Knutsson-Medin et al., 2007).

Selon Knutsson-Medin et al. (2007), le fonctionnement psychique de l'enfant est altéré par des émotions négatives telles que la honte, le sentiment d'abandon, la solitude, l'insécurité, la colère et la déception. L'enfant décrit une difficulté de concentration et une perte d'intérêt pour les activités qui d'ordinaire, lui procurent du plaisir. Ces émotions négatives induisent des signes de détresse psychologique avec des sentiments de tristesse et des problèmes émotionnels, pouvant aller jusqu'à une humeur dépressive ou des perturbations psychiques (Timko et al., 2002). La confrontation au trouble de l'humeur parental lui fait ressentir de la culpabilité (Ahlström et al., 2009 ; Cogan, Riddell & Mayes,

2005 ; Gladstone et al., 2011 ; Östman, 2008). L'enfant se sent responsable de la maladie du parent en tant que facteur déclenchant. Il pense qu'il induit les comportements psychopathologiques quotidiens. Le manque de prise de distance engendre ces interprétations faussées. Il arrive que le parent *sain* reproche à l'enfant de ne pas être suffisamment aidant et soutenant, renforçant son sentiment de culpabilité. Face à ces émotions, l'infirmier offrirait un cadre sécurisant afin de l'accompagner dans le processus d'identification et d'expression de ses sentiments. Il s'agira de soutenir et de valider ses émotions potentiellement culpabilisantes à l'égard du parent. La validation des émotions par l'infirmier favoriserait la reconnaissance du vécu quotidien de l'enfant. En l'aidant à faire le lien entre son comportement et le symptôme parental, la rationalisation lui permettrait de comprendre que la manifestation du trouble de l'humeur n'est pas dépendante de ses actes.

L'accumulation d'émotions négatives induite par un quotidien instable engendre du stress chez les enfants.

Les différentes sources de stress peuvent affaiblir les capacités d'adaptation au point d'engendrer une détresse psychologique et physique. Les conséquences négatives d'un stress intense, ponctuel ou chronique peuvent aussi altérer les processus cognitifs de manière à nuire au rendement scolaire comme, par exemple, à travers l'anxiété de la performance, des problèmes de mémoire, une incapacité à résoudre des problèmes et une baisse de motivation (Dumont, Leclerc & Deslandes, 2003, p.254).

Le principal indicateur biologique du stress est la production de cortisol. Selon Ellenbogen, Hodgins, Walker, Couture et Adam (2006), ces enfants ont un taux de cortisol plus élevé que les enfants de parents normothymiques. La confrontation au monde social ne semble pas augmenter le taux de stress chez cette population, comme confirmé par Ostiguy et al. (2009). Les enfants ne ressentent pas de stress chronique face aux relations amoureuses et sociales. Par contre, ils ressentent un stress plus élevé pour les relations familiales, la santé des membres de la famille et la situation financière. La relation avec les proches, la santé, l'école et l'éducation semblent être des facteurs prédicteurs de stress (Ostiguy et al., 2009).

La variabilité de l'humeur du parent diminue la sensibilité de l'enfant aux émotions positives et négatives. Ce mécanisme adaptatif lui permet de maintenir un équilibre interne face aux fluctuations de l'humeur du parent. Le quotidien de l'enfant lui forge une carapace face aux souffrances potentielles extérieurs. Cette barrière émotionnelle peut être une source de difficultés dans les soins à l'enfant.

Selon Lecomte (2010), la sensibilité d'un adulte est particulièrement nécessaire face au jeune qui a mis en place une barrière émotionnelle pour éviter de trop souffrir. Cette insensibilité superficielle, cette capacité de se retirer dans une bulle d'indifférence apparente permet de filtrer les événements extérieurs pour en atténuer l'impact ... Bien que protectrice, la distance émotionnelle présente risque d'endurcir la personne, de l'isoler de son environnement social. Elle cache souvent une quête d'amour (p.42).

Selon Ostiguy et al. (2009), ces enfants ont tendance à être plus préoccupés par leur état de santé, étant sensibilisés à la présence de la maladie au quotidien. Ainsi, une question se pose : ont-ils plus de problèmes de santé ou sont-ils plus sensibles et plus réactifs au dérèglement de leur métabolisme ? Il paraît difficile d'y répondre tant ces phénomènes sont complexes.

Les épisodes de stress chronique ne sont pas plus fréquents mais plus sévères que la population générale au cours des douze derniers mois. Le stress que l'enfant s'induit semble plus difficile à gérer que celui imposé par le parent souffrant d'un trouble bipolaire (Ostiguy et al., 2009).

Le stress a une incidence importante sur l'adaptation de l'enfant. Il est intéressant de constater que l'éducation et la santé de la famille induisent plus de stress que les relations intrafamiliales et sociales (Ostiguy et al., 2009). La santé des membres est une préoccupation importante pour l'enfant, demandant au soignant d'être présent pour le soutenir. La création d'un réseau social et le renforcement des liens intrafamiliaux semblent être des facteurs protecteurs pour l'enfant. La relation entre les membres et les amis peut être un outil de l'arsenal thérapeutique de l'infirmier. Ces liens favoriseraient le bien-être de l'enfant et le décentrerait de ses difficultés familiales. Östman (2008) renforce ces propos et démontre que les relations parentales positives sont des facteurs de protection essentiels au développement psycho-affectif de l'enfant (traduction libre, p.354). LeFrançois (2010) confirme que les facteurs favorisant l'adaptation correspondent aux relations intrafamiliales, environnementales et sociales bienveillantes, à l'implication dans le milieu scolaire ainsi qu'à la pratique d'activités extrascolaires (traduction libre, p.126). Le stress pourrait être diminué par la promotion d'activités favorisant la décharge des tensions internes, telles que le sport ou la détente (médecines traditionnelles, sophrologie, réflexologie ou yoga).

L'estime de soi est influencée par les *stimulis* environnementaux et le rôle de l'enfant au sein de la société.

Selon Dumont & Provost (1999), une haute estime de soi est corrélée avec une mobilisation de stratégies adaptatives actives visant à résoudre les problèmes et un support social développé. Inversement, une basse estime de soi est liée à des sentiments dépressifs, anxieux et à une mobilisation de stratégies adaptatives passives et inefficaces (traduction libre, p.347).

Au quotidien, l'enfant gère seul l'impact de la maladie tout en assurant son développement psychique et relationnel. D'après Mordoch et Hall (2002), le manque d'accès aux soins le pousse à trouver ses propres ressources pour faire face au quotidien de manière autonome et indépendante. Cette gestion individuelle favorise une bonne estime lors de réussite mais elle peut provoquer un sentiment de dévalorisation et de solitude lors d'échecs.

D'après Jones et al. (2006), ces enfants présentent une estime d'eux-mêmes instable, favorisant les émotions négatives. Il est difficile de trouver une étiologie aux affects négatifs mais peut-être que l'environnement familial instable entraînerait ce type d'émotions. Une faible estime de soi induirait à des pensées négatives et à un caractère plus pessimiste au quotidien. Cependant, l'étude d'Ellenbogen et al. (2006) nuance ces résultats et démontre une estime de soi semblable à la population. La dynamique familiale instable n'a pas d'incidence sur la confiance personnelle. Malgré des difficultés éprouvées lors de la comparaison avec des familles *saines*, les enfants se rendent compte de leur capacité à gérer le quotidien ce qui améliore leur estime personnelle (Gladstone et al., 2011 ; Östman, 2008).

Lors de son intervention, l'infirmier évaluerait avec l'enfant ses compétences adaptatives et ses ressources en se basant sur les actes du quotidien. Lorsque l'adaptation est efficace, il serait important de valoriser et de reconnaître les stratégies mobilisées ; le renforcement des compétences favorise l'estime de soi. Lecomte (2010) identifie « deux éléments qui peuvent faciliter le développement de l'estime de soi : sentir qu'on a de la valeur aux yeux d'autrui et se prouver à soi-même qu'on a de la valeur (cet élément a plus d'impact à long terme) » (p.53). Cette notion est essentielle, demandant à l'infirmier de considérer l'enfant comme être humain en s'intéressant à son vécu quotidien.

L'estime de soi est un fondement à un épanouissement psychique, social et une bonne confiance en soi. Selon Bettschart et al. (1994), « l'estime de soi peut également être considérée comme un facteur modérant les effets négatifs du stress sur la santé mentale et physique d'un individu » (cité par Dumont, Leclerc & Deslandes, 2003, p.256). Lorsque l'infirmier est face à un enfant qui présente une faible estime de lui-même, il est impératif que son intervention vise à la renforcer. L'infirmier rappelle à l'enfant, les stratégies

précédemment utilisées avec succès afin de les mobiliser ou de les améliorer, en fonction du contexte. En partant de ses acquis, l'accompagnement consiste à l'aider à trouver ses propres stratégies. Les concepts de validation et de reformulation des propos prennent tout leur sens, surtout pour l'enfant qui, selon son âge n'a pas le vocabulaire nécessaire à l'expression de ses émotions.

6.2 Répercussions psychosomatiques

Une régulation émotionnelle déficiente ou un manque de partage des émotions provoquent un bouillonnement interne qui non extériorisé, peut entraîner des troubles du sommeil. Cependant, les études ne démontrent pas significativement cette hypothèse. D'après Jones et al. (2006), les enfants présentent une *mauvaise forme*, certainement liée à un mauvais sommeil ou à un quotidien fatiguant. En terme de qualité, il n'existe pas de différence significative. Ces enfants s'endorment plus rapidement et ont tendance à dormir plus longtemps. L'infirmier doit toutefois garder à l'esprit que le sommeil est un indicateur qui reflète le quotidien de l'enfant, demandant de réaliser une anamnèse détaillée. Une question approfondie sur le sommeil pourrait être posée aux parents et aux enfants lors de chaque entrée en pédiatrie, de visite à l'infirmierie scolaire ou dans les cabinets privées. Grâce à un sommeil de qualité, il mobiliserait de meilleures stratégies d'adaptation par l'utilisation efficace de ses ressources cognitives.

L'épuisement psychique dû à la confrontation quotidienne du trouble de l'humeur engendre des plaintes somatiques associées à une fatigue importante (Ahlström, Skärsäter & Danielson, 2007). Le manque d'énergie du parent est projeté sur l'enfant. Selon Timko et al. (2002), les problèmes physiques sont plus importants chez ces enfants, avec une augmentation des refroidissements, des allergies, de l'asthme et des douleurs gastro-intestinales. En plus d'une certaine fragilité physique, les enfants présentent des comportements à risque pour leur santé tels que des consommations abusives d'alcool. Ces symptômes évoquent un inconfort interne dont l'investigation des causes est réalisable par l'infirmier. Lorsqu'un enfant se présente dans un lieu de soin pour des plaintes somatiques à répétition sans étiologie évidente, il serait judicieux d'investiguer son quotidien et ses difficultés potentielles. Une anamnèse familiale agrémentée d'un génogramme et d'une écocarte pourraient détecter les étiologies relationnelles ou psychiques. Cette perspective rejoint les fondements systémiques de la théorie de Callista Roy.

6.3 Maintien d'un équilibre personnel, familial et psychosocial

Le thème *maintien d'un équilibre personnel, familial et psychosocial* démontre les forces de l'enfant confronté au trouble de l'humeur du parent. Grâce à l'adaptation, il tente de maintenir un équilibre face à l'instabilité familiale et sociale. Le trouble de l'humeur ayant un impact sur le développement relationnel de l'enfant, l'infirmier devrait observer la manière dont il se construit au sein de la famille et également de la société.

Dans l'ensemble des études, le trouble de l'humeur a un impact sur l'ensemble des relations sociales de l'enfant (Ahlström et al., 2009 ; Elgar, Mills, McGrath, Waschbusch & Brownridge, 2007 ; Ellenbogen et al. 2006 ; Fritsch, Montt, Solis, Pilowsky & Rojas, 2007 ; Gladstone et al., 2011 ; Linnen, Rot, Ellenbogen & Young, 2009 ; Mowbray & Mowbray, 2006 ; Reichart et al., 2007). La cohésion et le conflit au sein de la famille semblent être des facteurs prédictifs de difficultés d'adaptation chez l'enfant (Timko et al., 2002). Certains d'entre-eux se sentent ignorés par le parent, obligés de se responsabiliser (Ahlström et al., 2007 ; LeFrançois, 2010). La maladie psychique apporte une instabilité et confronte l'enfant à l'imprévisibilité de l'humeur du parent, influençant l'ambiance intrafamiliale et ses activités quotidiennes. L'enfant utilise beaucoup d'énergie afin de maintenir une cohésion familiale en tempérant le stress. En fonction du comportement du parent, il adapte ses réponses de manière favorable ou défavorable afin de conserver l'équilibre familial et personnel (Ahlström et al., 2007, 2009 ; Gladstone et al., 2011).

Selon Timko et al. (2002), les interventions devraient être centrées sur les facteurs prédictifs d'un mauvais ajustement tel que le conflit familial ayant un impact direct sur l'adaptation psychosociale de l'enfant. Le renforcement des ressources et une relation familiale plus cohésive amélioreraient sa résilience pour faire face aux troubles parentaux (traduction libre, p.181-182).

La peur du divorce et de la séparation parentale induite par l'hospitalisation ou par le retrait de la garde sont relevées par les enfants (Garley, Gallop, Johnston & Pipitone, 1997 ; Gladstone et al., 2011 ; LeFrançois, 2010). L'impact de la maladie mentale affecte l'ensemble du système et plus particulièrement le couple, avec un taux plus important de familles monoparentales (Jones et al., 2006). L'enfant est contraint de s'adapter à la maladie du parent et à une dislocation familiale. Selon Gladstone et al. (2011), malgré un environnement qui peut être chaotique et parsemé de disputes quotidiennes, les enfants tentent de préserver une structure familiale unie. Ils expriment le besoin de maintenir une connexion émotionnelle entre les membres de la famille. Quelques enfants révèlent un

soulagement après le divorce, leur permettant de se sentir plus investis dans la relation avec le parent souffrant de maladie psychique. De plus, l'adaptation de l'enfant et son équilibre psychique semblent être influencés par différents facteurs socio-économiques comme le manque d'argent, l'inactivité professionnelle du parent et les déménagements à répétition (Fritsch et al., 2007 ; Jones et al., 2006 ; Reichart et al., 2007).

Au niveau comportemental, les enfants de parents ayant un trouble de l'humeur présentent plus de problèmes d'agressivité, de conduites antisociales et de délinquance (Fritsch et al., 2007 ; Linnen et al., 2009 ; Timko et al., 2002). Malgré ses différents comportements et une difficulté à gérer son agressivité et ses émotions, le trouble de l'humeur n'influence pas le fonctionnement psychosocial et les interactions sociales de l'enfant (Reichart et al., 2007). Selon Ellenbogen et al.(2006), les enfants ayant un parent souffrant de trouble bipolaire présentent plus de problèmes d'internalisation (ruminations, anxiété et plaintes somatiques), d'externalisation (agressivité et conduites antisociales) et sociaux. Cependant, leur fonctionnement psychosocial ne provoque pas un stress plus élevé.

La dépression semble avoir un impact sur les compétences parentales telles que l'éducation et la surveillance. L'attention que le parent porte à l'enfant diminue le développement de problèmes d'internalisation et d'externalisation et augmente ses compétences sociales. La préoccupation parentale est un facteur protecteur alors que le rejet parental est un facteur de risque. Une surveillance excessive augmente les problèmes d'internalisation et diminue les problèmes d'externalisation. Le fonctionnement social est péjoré par le rejet maternel mais optimisé par une éducation et une surveillance parentale adéquate. Un résultat étonnant est mis en avant : la dépression chez la mère induit plus de problèmes d'internalisation mais améliore les compétences sociales de l'enfant. La confrontation à la maladie maternelle, permettrait à l'enfant de développer des compétences sociales (Elgar et al., 2007).

L'utilisation des services de soin par l'enfant est dépendante d'un fonctionnement familial adapté et d'un cercle social étendu. La présence d'un réseau social diminue les problèmes quotidiens et relationnels qui sont influencés par la manière dont les parents répondent aux besoins de l'enfant. Il présente moins de difficultés avec ses pairs si ses parents l'acceptent tel qu'il est. La qualité relationnelle avec la mère influence la capacité de l'enfant à atteindre ses objectifs et à être heureux. L'investissement relationnel de la mère qui souffre d'un trouble de l'humeur semble péjorer la qualité des relations sociales, le sentiment d'espoir et la satisfaction dans la vie de l'enfant. Ces derniers résultats sont étonnants car l'implication de la mère présumerait un impact positif sur le développement de l'enfant alors que ces données démontrent le contraire. Au quotidien,

les symptômes du parent sont moins dommageables que l'environnement familial qui influence fortement le devenir de l'enfant (Mowbray & Mowbray, 2006).

Selon Timko et al. (2002), malgré le rétablissement de la dépression chez le parent et en cas de persistance de symptômes résiduels, le bien-être de l'enfant nécessite une attention particulière. La présence de symptômes dépressifs amène une faible cohésion et une augmentation des conflits au sein de la famille. Comme confirmé par Reichart et al. (2007), les relations intrafamiliales sont péjorées par le trouble bipolaire du parent.

D'après Gladstone et al. (2011), l'enfant perçoit la fluctuation de l'environnement dans lequel il évolue. Ahlström et al. (2007) complètent en avançant que les membres de la famille s'adaptent à l'humeur du parent. Selon Ahlström et al. (2007) et Knutsson-Medin et al. (2007), l'enfant est soucieux de ne pas énerver ou décevoir son parent, par crainte des conflits et par peur de le contrarier. Son adaptation passe par la restriction émotionnelle dans le but de tempérer la relation intrafamiliale. La disponibilité relationnelle du parent et sa participation aux activités familiales dépendent de son humeur. L'enfant peut avoir des difficultés à entrer en contact avec lui (Ahlström et al., 2009).

Malgré ses difficultés quotidiennes, l'enfant éprouve de l'admiration et de l'amour envers son parent (Knutsson-Medin et al., 2007 ; Östman, 2008). Il ressent un sentiment de surprotection (Cogan et al., 2005 ; Knutsson-Medin et al., 2007), l'empêchant de dépeindre le parent de manière négative (Gladstone et al., 2011). L'enfant valorise la proximité avec le parent et développe par cette expérience, leur maturité et empathie (Gladstone et al., 2011, traduction libre, p.281).

Selon Dumont et Provost (1999), le support social est multifactoriel, provenant de différentes sources de soutien telles que les amis, la famille et les animaux (traduction libre, p. 345). Lecomte (2010) appuie que l'amitié est une source importante de résilience (p.32). Fraser et Pakenham (2009) affirment que les liens sociaux permettent à l'enfant de se sentir plus satisfait dans sa vie et influencent de manière positive son humeur. Ces interactions diminuent ses difficultés émotionnelles et comportementales, l'isolement et le sentiment de *fardeau* induit par la maladie psychique. Mowbray et Mowbray (2006) confirment que les loisirs et le soutien des amis pendant l'enfance favorisent la satisfaction dans la vie (traduction libre, p.134-137). Les enfants insistent sur l'importance d'un lien social externe à la famille favorisant l'échange. Le dialogue s'intègre dans un processus de soutien relationnel procurant une forme du soulagement (Östman, 2008, traduction libre, p.355-356). Tout lien affectif créé avec un substitut parental permet à l'enfant de conserver un équilibre interne (Mordoch & Hall, 2002). Selon Ionescu,

Stieffatre-Nascimento et Goussé (2011), l'attachement à un adulte ou à un ami en bonne santé mentale est un facteur protecteur essentiel (p.225).

L'étude d'Ahlström et al. (2007), également citée dans la revue de la littérature de Gladstone et al. (2011) considère l'école comme un espace pour reprendre son souffle et ne pas penser à la situation familiale (traduction libre, p.699). Selon Reichart et al. (2007), les enfants ayant un parent souffrant d'un trouble bipolaire sont plus investis dans les activités scolaires et extra-scolaires. Egalement confirmé par les enseignants et les parents d'élèves, la maladie n'a pas d'impact sur les résultats scolaires et la capacité d'apprentissage de l'enfant. Les jeunes adultes ne présentent pas de perturbations dans leurs liens sociaux, l'éducation et leur emploi. Cependant, Timko et al. (2002) démontrent que les enfants ayant un parent souffrant de dépression ont plus de difficultés scolaires et sont plus indisciplinés. Même si le fonctionnement scolaire semble être maintenu, les difficultés peuvent se présenter lorsque le *fardeau* est trop important.

Lors de la prise en soin, il serait important de se renseigner sur les activités extra-scolaires et les centres d'intérêts de l'enfant. Cette investigation permettrait par la suite, de le valoriser et de l'encourager à poursuivre ses hobbies. Selon Holland et Andre (1987), la participation à des activités sociales améliore le développement personnel et la capacité de socialisation de l'enfant. Ces activités sont un moyen pour les jeunes de décharger leur énergie de manière socialement acceptable (cité par Dumont & Provost, 1999, traduction libre, p.347). Ainsi, l'infirmier pourrait l'orienter vers des activités groupales, favorisant la rencontre avec l'autre et diminuant l'isolement social. Elles permettraient à l'enfant de construire de nouveaux schémas relationnels, différents de ceux qu'il élabore auprès du parent atteint d'un trouble de l'humeur. Ainsi, ces nouveaux modèles relationnels *positifs* construits dans l'enfance seront transposés dans ses relations futures.

L'isolement social émerge de manière récurrente. Afin d'éviter le conflit et lorsque le parent présente une thymie triste, l'enfant annule ses activités sociales en priorisant son rôle de proche aidant (Ahlström et al., 2009, 2007 ; Garley et al., 1997). L'enfant a de la difficulté à se confier aux autres à propos de sa vie familiale (Ahlström et al., 2007) même s'il indique que la parole le soulage de ses angoisses (Östman, 2008). Le partage permettrait de diminuer l'isolement et de se sentir écouté face à une maladie qui prend beaucoup de place, laissant peu d'attention pour le vécu de l'enfant.

Même si l'environnement familial est positif et propice au développement de l'enfant, ce dernier est confronté à des attitudes discriminantes par un manque de compréhension de la société. L'enfant se confie peu à ses pairs, par peur d'être stigmatisé, ridiculisé, mis à

l'écart ou de perdre ses amis (Cogan et al., 2005 ; Gladstone et al., 2011). Il invite peu d'amis à la maison par crainte d'être jugé et incompris (Cogan et al., 2005). L'école semble être un environnement discriminant provoquant des sentiments d'embarras et d'évitement (LeFrançois, 2010). Face à sa dynamique familiale particulière, l'enfant se dévalorise en se comparant aux familles normothymiques, cherchant à leur ressembler. Quand les attentes sont trop élevées, la dévalorisation conduit à l'auto-stigmatisation (Gladstone et al., 2011).

L'isolement et la peur de la stigmatisation découragent l'enfant à rechercher un support professionnel (Cogan et al, 2005). Les infirmiers devraient être attentifs à l'existence de ces sentiments et faire le premier pas vers l'enfant en l'encourageant à exprimer ses émotions sans jugement. L'infirmier doit aussi respecter les différentes stratégies mises en place par l'enfant dans sa recherche de relation.

Comme le démontre Lecomte (2010), en l'absence d'un tuteur humain de résilience, la volonté de vivre, de communiquer est malgré tout souvent plus forte. Il est fréquent que ne pouvant *trouver* du lien avec des humains, l'enfant le crée avec d'autres êtres, le plus souvent avec un animal de compagnie ... à son nounours ou à sa poupée ... à un ami imaginaire ... aux arbres ... (p.35, p.37).

Les interventions se centreraient aussi sur la sensibilisation de la population générale et des milieux scolaires. Selon Singleton (2007), les enfants souhaitent que la société soit plus compréhensive et tolérante. Des informations pourraient être dispensées aux futurs enseignants sous forme de mise en situation. Une distribution de brochures provenant d'associations et de fondations telles que Le Biceps compléteraient leur savoir sur le réseau genevois. Concernant les camarades de classe, la sensibilisation serait apportée par le biais de jeux adaptés à leurs âges, de films pédagogiques et de bandes-dessinées. Le Biceps a par ailleurs réalisé un film documentaire « un secret trop lourd à porter » qui sensibilise à la problématique des enfants confrontés aux troubles psychiques dans leur famille.

Les jeunes ayant des parents normothymiques énoncent l'importance d'obtenir plus d'informations sur le trouble de l'humeur afin d'acquérir une meilleure compréhension et de réduire les idées négatives (Cogan et al., 2005, traduction libre, p.58-59). La diminution de la stigmatisation de la société s'effectuerait par la sensibilisation du grand public au moyen de campagnes publicitaires (spots et affiches) financées par l'Etat et soutenues par les institutions de soins.

6.4 Responsabilités dépassées

Le trouble de l'humeur par son caractère imprévisible provoque un bouleversement dans la dynamique familiale où les rôles de chacun peuvent être perturbés (Ahlström et al., 2007 ; Gladstone et al., 2011 ; Östman, 2008). La gestion du quotidien devient difficile autant pour les enfants que pour les parents qui sont dans l'incapacité d'assumer leur fonction parentale et de répondre aux besoins de base de l'enfant (Ahlström et al., 2009 ; Mordoch & Hall, 2002). Ce manque de responsabilité et l'indisponibilité émotionnelle sont des facteurs de risque pour le développement psychique de l'enfant (Gladstone et al., 2011 ; LeFrançois, 2010 ; Timko et al., 2002).

L'inversion des rôles est un élément souligné à maintes reprises par les auteurs.

Selon Lecomte (2010), le trait de la personnalité résiliente le plus souvent présent est une maturité précoce. Cet enfant qui grandit est un adulte avant l'âge, il acquiert des modes de fonctionnement, des aptitudes bien plus tôt que les autres enfants. Ce qui est difficile à assumer au quotidien mais qui constitue souvent aussi une source de fierté. Certains sont même contraints à la *parentalisation*, c'est-à-dire qu'ils doivent assumer le rôle de parents au foyer ce qui est particulièrement le cas lorsque les parents sont alcooliques ou souffrent d'une maladie psychiatrique (p.224).

Gladstone et al. (2011) et LeFrançois (2010) confirment l'émergence du terme *parentification*, s'illustrant par un transfert de responsabilités parent-enfant. Après une journée d'école, l'enfant prend des initiatives dans les activités de la vie quotidienne telles que les tâches ménagères, les courses et s'occuper des frères et sœurs (Ahlström et al., 2009 ; Garley et al., 1997 ; Gladstone et al., 2011 ; Knutsson-Medin et al., 2007 ; LeFrançois, 2010).

L'infirmier devrait être attentif aux signes de responsabilités excessives qui influencent le quotidien de l'enfant tels que la fatigue, les performances scolaires diminuées, l'agressivité, la colère ou le repli sur soi. Le soignant aiderait l'enfant à identifier son rôle dépassé par une anamnèse familiale. De plus, la mise en place d'un suivi ambulatoire ou à domicile à l'attention du parent soulagerait l'enfant des soins et des tâches quotidiennes qui lui incombent. Si le rôle parental déficient met en danger la santé psychique ou physique de l'enfant, les services sociaux et le Service de la protection des mineurs seraient alertés en accord avec l'équipe pluridisciplinaire.

Selon Lecomte (2010), « certains ont compris dès l'enfance que leurs préoccupations quotidiennes, leur manière d'appréhender l'existence n'étaient pas identiques à celles de

leurs petits voisins et camarades d'école, même si ce n'est qu'une impression diffuse » (p.221). Face à la maladie, l'enfant s'investit dans le rôle de proche aidant (Ahlström et al., 2009 ; Gladstone et al., 2011 ; LeFrançois, 2010 ; Walsh 2009). Selon Ahlström et al. (2007), en devenant le meneur de la vie familiale, l'enfant outrepassa son rôle propre en soutenant émotionnellement le parent et le stimulant lors de baisse de l'humeur. Selon Knutsson-Medin et al. (2007), un support est également apporté au parent *sain* et aux frères et sœurs afin de les protéger des symptômes du trouble de l'humeur. L'enfant devient le pilier sur lequel repose la dynamique familiale.

La notion de *fardeau* imprègne son vécu (Ahlström et al., 2009 ; Garley et al., 1997 ; Gladstone et al., 2011 ; Knutsson-Medin et al., 2007 ; LeFrançois, 2010). Considérant l'enfant comme leur raison de vivre, les parents ajoutent un poids dans son quotidien (Ahlström et al., 2009). Ainsi, lorsque l'enfant ne parvient pas à gérer les différentes responsabilités familiales et scolaires, cela entraîne un sentiment d'échec et de culpabilité. Ses résultats et performances académiques sont parfois touchés par un excès d'implication dans la vie familiale (Gladstone et al., 2011 ; Timko et al., 2002).

L'enfant préfère se surinvestir dans la relation avec le parent plutôt que de le laisser sombrer. La majoration des responsabilités est souvent cachée par l'enfant et ses parents, rendant difficile la détection des problèmes par les infirmiers (Gladstone et al., 2011). Ces derniers devraient être attentifs aux symptômes physiques récurrents ou aux mauvais résultats scolaires, considérés comme des signes annonciateurs de difficultés. Il serait important que le soignant aide l'enfant à dissocier ses besoins de ceux du parent afin qu'il se réapproprie son rôle propre.

Selon LeFrançois (2010), l'enfant acquiert de l'indépendance et une relation proche et émotionnellement connectée avec les membres de la famille, lui permettant de se développer positivement. Malgré le poids de l'inversion des rôles, l'enfant exprime sa loyauté envers le parent atteint d'un trouble de l'humeur et accepte des responsabilités trop élevées par rapport à son âge. (Garley et al., 1997 ; Östman, 2008). Selon Knutsson-Medin et al. (2007) et Östman (2008), l'enfant est obligé de devenir plus mature par la confrontation à la maladie. Selon Lecomte (2010), « la maturité précoce est une contrainte souvent lourde, mais quasiment impérative. Elle oblige l'enfant à prendre des décisions sans pouvoir compter sur l'aide de ses parents » (p.225).

Les difficultés rencontrées par les parents dans leur rôle imposent à l'enfant d'autogérer ses limites. De plus, les parents débordés par la maladie, portent peu d'intérêt au vécu de l'enfant (Timko et al., 2002). En tant qu'infirmier, il serait essentiel de ne pas blâmer le parent dans ses difficultés. Il faudrait valoriser les compétences présentes pour mettre en

confiance l'ensemble des acteurs. Le discours moralisateur n'a pas de sens, il s'agit de penser aux besoins de l'enfant passant par une relation adéquate avec le parent. Les entretiens de famille permettraient à chacun de s'exprimer librement sur ses sentiments.

Selon Gladstone et al. (2011), les enfants relatent que les soins qu'ils apportent au parent atteint par la maladie mentale, leurs besoins, leurs connaissances et leurs opinions ne sont pas reconnus par les membres de la famille, les enseignants et les professionnels de la santé et du social (traduction libre, p.281). Ces jeunes aidants ne demandent pas uniquement du soutien mais de la reconnaissance pour le rôle considérable qu'ils endossent quotidiennement auprès de leur parent. Les professionnels de la santé ne fournissent que peu d'informations adaptées à l'âge de l'enfant et le consultent rarement sur ses besoins et ceux du parent. Ces jeunes aidants se sentent exclus des décisions prises au sujet de leur parent alors qu'ils connaissent leurs difficultés (LeFrançois, 2010, traduction libre, p.128).

Les recommandations émises par LeFrançois (2010) indiquent que l'investissement personnel de l'enfant au sein d'activités scolaires et extra-scolaires, le maintien de liens sociaux et les services de soins tels que les soins à domicile à l'intention du parent visent à répondre aux besoins et aux attentes des enfants (traduction libre, p.129). Cependant, certains jeunes aidants demeurent marginalisés, soit parce qu'ils ignorent l'existence des prestations offertes par les services de santé, soit parce qu'ils n'y ont pas accès en raison de la peur de la stigmatisation (Greene, Pugh & Roberts, 2008 cité par LeFrançois, 2010, traduction libre, p.128). Par conséquent, les prestataires de soins devraient d'une part, créer et mettre à disposition des services adaptés aux besoins de ces enfants et d'autre part, les rendre plus accessibles.

6.5 Gestion émotionnelle et cognitive

Les expériences quotidiennes face au trouble de l'humeur demandent à l'enfant de développer des stratégies adaptatives. Les *stimulis* environnementaux perçus lui imposent une gestion émotionnelle et cognitive afin de continuer à explorer le monde. La détection des différentes stratégies d'adaptation efficaces ou inefficaces mobilisées par l'enfant permettrait de comprendre comment celui-ci se comporte face à son environnement. En lien avec la théorie du *coping*, les stratégies primaires et secondaires sont considérées comme adaptatives. La résolution de problèmes, la régulation

émotionnelle, l'acceptation, la distraction et les pensées positives favorisent une meilleure gestion du quotidien.

Le trouble de l'humeur influence l'adaptation de l'enfant en réduisant sa capacité à résoudre les problèmes et à réguler ses émotions. Par diminution de ces mécanismes, l'enfant est dans un processus passif en mobilisant de l'évitement et une paralysie émotionnelle (Langrock, Compas, Keller, Merchant & Copeland, 2002 ; Langrock et al., 2005).

L'enfant fait appel à un panel de stratégies dont certaines ont un impact direct sur ses émotions telles que la distraction, l'utilisation de pensées positives, la régulation émotionnelle, la résolution de problème et l'acceptation. L'ensemble de ces mécanismes influence positivement les situations de stress en diminuant les symptômes dépressifs et anxieux (Dunbar et al., 2013). Fraser et Pakenham (2009) complètent ses propos, les stratégies passives telles que l'évitement, le déni, les ruminations et les actions impulsives augmentent les symptômes dépressifs ainsi que les difficultés émotionnelles et comportementales. Selon Langrock et al. (2005, 2002), l'acceptation et les pensées positives apaisent son agressivité et son anxiété favorisant une adaptation efficace face au trouble de l'humeur.

L'enfant ayant un parent souffrant d'un trouble de l'humeur a plus d'idées de rumination que la population générale (Jones, Tai, Evershed, Knowles & Bentall, 2006). Prémices de symptômes dépressifs, ces idées seraient contrebalancées par des pensées positives, considérées comme protectrices pour la santé mentale de l'enfant (Fraser & Pakenham, 2009).

Les actions impulsives, les ruminations, l'évitement et le déni engendrent une restriction d'activités et un isolement social (Ahlström et al., 2007 ; Fraser & Pakenham, 2009). Ces données mettent en évidence que la mobilisation de stratégies passives péjore le fonctionnement social de l'enfant.

Lorsque l'enfant déploie des stratégies adaptatives efficaces, il mobilise moins d'évitement et de déni (Langrock et al., 2002 ; Langrock et al., 2005). Il fait face à la maladie en gérant les différentes émotions éprouvées. Cette gestion émotionnelle et cognitive est clairement un facteur protecteur. Elle impose une capacité d'introspection pour qu'il comprenne ses manifestations internes. L'écoute de soi-même permet de ne pas faire abstraction de son vécu quotidien. Néanmoins, selon Langrock et al. (2005, 2002), les ruminations et les actions impulsives diminuent les pensées positives et l'acceptation et réduisent les stratégies qui modulent les émotions (stratégies primaires et secondaires).

L'évitement, le déni et la paralysie émotionnelle entraînent une diminution de la capacité à résoudre des problèmes, à réguler ses émotions, à accepter la situation et à se distraire. Inversement, l'expression émotionnelle et la confrontation à ses propres émotions permet à l'enfant d'acquérir de meilleures stratégies adaptatives (Langrock et al., 2002 ; Langrock et al., 2005).

Les ruminations, les actions impulsives, l'évitement involontaire et les émotions paralysées entraînent de l'inconfort vis-à-vis du parent (Fraser & Pakenham, 2009). Ce sentiment proviendrait d'un manque d'échange avec celui-ci et par conséquent, un faible partage des émotions. L'enfant ne s'exprime pas sur son vécu et parle peu du trouble de l'humeur avec son parent engendrant un malaise relationnel. Bien que la maladie psychique prenne beaucoup de place dans la famille, elle reste un sujet tabou.

Des pensées négatives induisent une interprétation des événements par l'enfant. Il peut croire qu'il est la cause des difficultés au sein de la famille, qu'elles sont immuables et qu'elles débordent du cercle familial. Face au stress, ce style cognitif négatif favorise l'utilisation de l'évitement, du déni et diminue les stratégies adaptatives (Dunbar et al., 2013). Fraser et Pakenham (2009) confirment que l'enfant se sent davantage responsable de son parent lorsqu'il mobilise des stratégies d'évitement involontaire et de paralysie émotionnelle. Ce processus involontaire est considéré comme non efficient par l'absence d'expression des émotions et de prise de recul.

L'acceptation et la distraction ont une influence positive sur le stress, contrairement aux ruminations et actions impulsives (Langrock et al., 2005). En effet, l'enfant gère son monde et ses conflits internes par un mécanisme proche de la sublimation (activités socialement acceptables). Ainsi, l'enfant fait appel à des stratégies de distraction pour faire face au trouble de l'humeur du parent (Östman, 2008). L'implication dans des activités individuelles pour se divertir telles que la prière, la lecture, l'écriture d'un journal intime ou de poème, regarder la télévision et la pratique sportive lui permet d'avoir des moments centrés sur lui-même loin de la maladie psychique. Le partage avec ses frères et sœurs, ses amis et les autres membres de la famille l'aide à diminuer la tension interne (Ahlström et al., 2007, 2009 ; Garley et al., 1997 ; Gladstone et al., 2011).

Malgré la mobilisation de stratégies d'adaptation efficaces ou inefficaces, le trouble de l'humeur généralement délétère pour la dynamique familiale, favorise une meilleure compréhension du monde et l'acquisition de compétences relationnelles (Ahlström et al., 2009 ; Gladstone et al., 2011 ; Östman, 2008). L'enfant est capable d'identifier les signes de la maladie et de mobiliser des stratégies efficaces en fonction des *stimulis* environnementaux perçus.

Les interventions infirmières permettraient à l'enfant de faire face aux problèmes sans les éviter ou les ignorer. La prise de conscience et l'acceptation du trouble de l'humeur du parent par l'enfant, est la base de cette démarche. En demandant à l'enfant quelles sont ses difficultés, l'infirmier l'aiderait à trouver des solutions adéquates. Selon Fraser et Pakenham (2009), la résolution de problèmes et la régulation émotionnelle favorisent une meilleure relation intrafamiliale et sociale. L'acceptation, les pensées positives et la distraction augmentent le degré de satisfaction de vie de l'enfant.

L'infirmier encouragerait la famille et l'enfant à avoir leurs propres stratégies adaptatives afin de promouvoir leur santé. Il faudrait également être présent pour leur offrir l'opportunité de discuter de leur situation (Ahlström et al., 2009, traduction libre, p.315). Les soutenir dans cette démarche permettrait d'aller vers un rétablissement familial.

6.6 Elaboration du savoir selon les expériences vécues

Souvent seul pour faire face au trouble de l'humeur du parent et en raison du peu d'informations reçues, l'enfant construit un savoir déductif basé sur ses expériences quotidiennes. Ses perceptions proviennent des observations de l'environnement et des signes et symptômes du parent. Ressortie dans l'ensemble des études, la connaissance de la maladie psychique est un facteur protecteur. L'enfant développe des compétences qui lui permettent de comprendre la particularité de sa famille (Ahlström et al., 2009 ; Cogan et al., 2005 ; Gladstone et al., 2011 ; Walsh, 2009). Lorsqu'il fait face à l'incompréhension de la maladie, il peut se sentir impuissant (Ahlström et al., 2009). Les auteurs démontrent que le manque de connaissances sur le trouble de l'humeur est délétère pour la capacité d'adaptation mais ne contribue pas forcément à l'apparition de troubles psychiques chez l'enfant (Gladstone et al., 2011 ; LeFrançois, 2010 ; Mordoch & Hall, 2002 ; Walsh, 2009).

Selon Walsh (2009), les enfants s'interrogent sur l'apparition et l'évolution de la maladie mentale craignant une transmission génétique. Ils comprennent qu'il s'agit d'une pathologie chronique dont la guérison n'est pas garantie par les traitements et nécessite un suivi psychiatrique (Garley et al., 1997). Les enfants expliquent le trouble bipolaire par des causes multifactorielles : sociales, environnementales et biologiques. Ils s'accordent à dire qu'une mauvaise estime de soi ou des événements traumatiques, stressants et difficiles à gérer seraient des étiologies probables (Cogan et al., 2005 ; Garley et al.,

1997). De manière générale, les connaissances sur la maladie dépendent de l'âge de l'enfant et induisent une plus grande maturité (Fraser & Pakenham, 2009). Malgré leur jeune âge, certains enfants présentent une bonne perception et compréhension de la maladie mentale du parent (Walsh, 2009, traduction libre, p.120). L'information permet aussi à l'enfant de ne pas idéaliser le rétablissement du parent (Gladstone et al., 2011).

Malgré leur capacité à définir le trouble mental, les enfants ont de la difficulté à le cerner et le comprendre (Ahlström et al., 2007 ; Cogan et al., 2005 ; Gladstone et al., 2011). Ahlström et al. (2009) démontrent que certains enfants ont de la peine à différencier les symptômes, de la personnalité du parent. Ils évitent de parler de la maladie avec le parent, par peur de susciter un malaise en évoquant les symptômes perçus (Ahlström et al., 2007). Certains enfants sont capables d'identifier le début et la fin d'une décompensation parentale ainsi que les différents facteurs prédicteurs (Ahlström et al., 2007 ; Garley et al., 1997).

Lors de ces périodes de crise accompagnées d'important changement de l'humeur, ils agissent de différentes manières soit en restant auprès du parent soit en fuyant la situation (Ahlström et al., 2007 ; Garley et al., 1997). Les habiletés de proche aidant rassurent l'enfant et lui permettent de distinguer la différence entre le caractère propre du parent et les comportements psychopathologiques. L'enfant remarque également que le rétablissement du parent se ressent sur l'ensemble de la famille (Ahlström et al., 2007, traduction libre, p.700-701).

Les enfants sont créatifs dans la recherche d'information sur les troubles de l'humeur. Ils se renseignent auprès des autres membres de la famille, des conseillers scolaires, des médias et dans des livres. Ils obtiennent également des informations de manière fortuite en écoutant les conversations des adultes. Les enfants soulignent le manque d'informations transmises par le corps médical ainsi que leur difficulté à comprendre le vocabulaire biomédical (Cogan et al., 2005 ; Garley et al., 1997 ; Gladstone et al., 2011). L'infirmier servirait de médiateur afin d'adapter les explications à l'âge de l'enfant et à sa capacité de compréhension.

Parfois les parents cachent l'existence de la maladie dans le but de protéger l'enfant, rendant difficile l'accès à l'information (Cogan et al., 2005 ; Gladstone et al., 2011). Garley et al. (1997) démontrent que certains enfants restés dans l'ignorance concernant la pathologie de leur parent, ont fait part de leur frustration de ne pas être informés (traduction libre, p.100). Cooklin (2006) confirme que toute tentative visant à protéger l'enfant d'informations concernant la pathologie psychiatrique de son parent, réduit sa capacité de résilience, augmente son sentiment de détresse et l'encourage à développer

des explications erronées sur la situation (cité par LeFrançois, 2010, traduction libre, p.126).

Cooklin (2006) explique que l'enfant s'adapte efficacement au sein de la dynamique familiale perturbée lorsqu'il obtient le support d'un adulte qui lui fournit des informations suffisantes et adaptées sur la maladie. Les connaissances acquises confirment d'une part, ses compétences, ses droits et légitiment son rôle de proche aidant et d'autre part lui permettent d'être en mesure d'utiliser les informations de manière bénéfique pour lui-même et son parent (cité par LeFrançois, 2010, traduction libre, p.126).

L'enfant exprime le besoin de recevoir des informations détaillées et adaptées concernant le trouble de l'humeur de son parent, les facteurs de causalité, les symptômes et les traitements (Cogan et al., 2005 ; Gladstone et al., 2011 ; Knutsson-Medin et al., 2007 ; LeFrançois, 2010 ; Mordoch & Hall, 2010 ; Walsh, 2009) De plus, Cogan et al. (2005) mettent en évidence la volonté de l'enfant de recevoir des indications sur la façon dont il pourrait aider le parent (traduction libre, p.58-59). Le savoir est un facteur protecteur comme démontré par Beardslee, Gladstone, Wright et Cooper (2003). Il permet à l'enfant de se détacher du trouble de l'humeur (Walsh, 2009, traduction libre, p.120). Cette capacité dépend des facteurs de risques, des compétences cognitives et sécuritaires ainsi que de l'attachement parent-enfant (Walsh, 2009, traduction libre, p.121). La compréhension et l'acceptation de la maladie du parent par l'enfant contribue à la mise en place de bases sécuritaires diminuant ainsi son niveau d'évitement (Garley et al., 1997, traduction libre, p.121).

Selon LeFrançois (2010), certains enfants, par absence d'explication plausible se sentent responsables de la santé mentale du parent (traduction libre, p.125-126). Comme confirmé par la recherche d'Östman (2008), la connaissance de la pathologie psychique atténue ses sentiments d'incertitude ainsi que sa culpabilité (cité par Gladstone et al., 2011, traduction libre, p.285). Selon Stallard, Norman, Huline-Dickens, Slater et Cribb (2004), les parents désirent que leurs enfants reçoivent plus d'informations afin de corriger leurs mauvaises perceptions. Ainsi, leur sentiment de responsabilité à l'égard du parent est diminué (cité par Gladstone et al., 2011, traduction libre, p.285). D'après Ahlström et al. (2009), les parents confirment l'importance que leur enfant comprenne que la dépression n'est pas de leur faute (traduction libre, p.312-313). Selon Stallard et al. (2004), certains parents et enfants pensent qu'un surplus d'informations serait un *fardeau* (cité par Gladstone et al., 2011, traduction libre, p.285). L'information donnée à l'enfant se doit d'être aidante sans majorer ses responsabilités. La connaissance apportée ne devrait pas être standardisée mais individualisée. L'infirmier devrait partir des besoins de l'enfant en lui demandant ce qu'il aimerait savoir pour améliorer son quotidien. Néanmoins, selon

Lecomte (2010), « l'information seule n'a pas d'impact sur le comportement à moins d'être combinée avec un temps de discussion, une mise en pratique et des jeux de rôles » (p.327). L'infirmier s'assurerait de la bonne compréhension des informations données en prenant le temps d'échanger en fonction du rythme de l'enfant et en l'encourageant à être acteur de son apprentissage.

Un facteur protecteur essentiel est la capacité de l'infirmier à évaluer le degré de détresse du parent atteint d'un trouble psychiatrique et celui de l'enfant (LeFrançois, 2010, traduction libre, p.126). Ainsi, comme confirmés par tous les auteurs, des informations sans restriction et adaptées aux compétences cognitives de l'enfant, devraient être fournies par l'infirmier. Au sein des services hospitaliers, par manque de temps ou de formation à ce sujet, une délégation pourraient être envisagée auprès des différentes associations ou fondations (Le Biceps, Le Relais, Pro Mente Sana et Pro Juventute).

Il est intéressant de remarquer l'impact positif du relais apporté par les soins. L'hospitalisation est vécue comme un moment de crise mais peut également être perçue comme un soulagement de la part de la famille. Le relais pris par les soignants apporte du réconfort aux proches et leur permet de se recentrer sur eux-mêmes (Cogan et al., 2005 ; Garley et al., 1997 ; Knutsson-Medin et al., 2007). Néanmoins, craignant parfois le placement social d'urgence, certains enfants perçoivent des sentiments négatifs tels que la peur, l'insécurité et l'inquiétude (Cogan et al., 2005 ; Gladstone et al., 2011 ; LeFrançois, 2010). Les compétences relationnelles des professionnels influencent la perception de l'enfant sur le trouble de l'humeur et l'univers psychiatrique (Cogan et al., 2005). Lors de visite auprès du parent, l'enfant peut ressentir un mal-être causé par l'inhospitalité des lieux (LeFrançois, 2010).

Suite au contact avec les professionnels de la santé dans les services psychiatriques, les adultes ayant grandi avec un parent souffrant d'un trouble psychique auraient désiré plus de soutien et d'explications pendant et surtout après l'hospitalisation (Knutsson-Medin et al., 2007, traduction libre, p.749).

Dans l'article de Singleton (2007), les enfants demandent davantage d'aide et de compréhension de la part des unités et services qui travaillent avec leur parent. Ils auraient besoin d'horaires de visite plus flexibles et d'espaces de rencontre accueillants afin de rendre l'expérience plus agréable. Les enfants accepteraient volontiers un plan de soin personnel ou familial les informant des soins fournis au parent durant son hospitalisation. Les enfants ont besoin de savoir qui viendra les chercher à l'école ou quelles sont les périodes possibles de visite possibles. Ces enfants et adolescents soulèvent que leurs besoins ne sont pas toujours connus des services. Ils se sentent

négligés et impuissants bien qu'ils soient les principaux aidants de leur parent (traduction libre, p.848-849).

D'après Ahlström et al. (2009), il est important d'avoir une perspective familiale et d'inclure les enfants comme partenaires dans la planification et la réalisation des soins de leur parent. Les interventions permettraient aux enfants de se décharger de leurs responsabilités et de partager leur expérience quotidienne (traduction libre, p.309, p.315). Selon Pihkala et al. (2011), l'infirmier devrait prendre le temps de parler à l'enfant (traduction libre, p.625). L'intervention infirmière consisterait à reconforter l'enfant sur la prise en soin effectuée avec le parent et construire les bases d'une relation de confiance. La validation de son rôle de proche aidant et de ses savoirs renforcerait un lien positif entre l'infirmier et l'enfant. Les informations concernant l'hospitalisation permettraient au jeune d'être rassuré et de reprendre son rôle d'enfant, en sachant que les soins prodigués au parent sont de bonne qualité.

Cette discussion met en sens le processus de résilience considérée comme une adaptation positive de l'enfant. Confronté à un parent souffrant d'un trouble de l'humeur, il est considéré comme résilient avec « des souffrances ordinaires, souvent chronique » (Lecomte, 2010, p.127). Néanmoins, il est difficile de définir les limites de la résilience. A partir de quel stade, peut-on considérer un enfant résilient ? A-t-il besoin d'un certain *niveau* de souffrance ? (p.121).

Le rôle infirmier favorise la résilience. Selon Lecomte (2010), « les connaissances acquises sur le processus qui conduit, sans intervention des professionnels, à la résilience *naturelle* peuvent être utilisées afin de prévenir l'apparition de troubles chez des personnes à risques » (p.14). La résilience *assistée* fait appel à des compétences professionnelles provenant du *savoir-être*. Il est important de garder à l'esprit que l'enfant résilient peut se développer *normalement* même s'il vit au sein d'un environnement familial conflictuel (Herman-Stahl & Petersen, 1996 cité par Dumont & Provost, 1999, traduction libre, p.344).

L'émergence des six thèmes présentés permet de mieux comprendre le processus adaptatif de l'enfant avec son environnement perturbé. Ces résultats appuient une problématique multifactorielle, imposant une vision globale dans la prise en soin infirmière.

7 PROJET

Les enfants vivant dans une dynamique familiale perturbée ont besoin d'aide pour éviter l'apparition de troubles du comportement et leur permettre de vivre une enfance teintée d'innocence et de belles découvertes.

Les enfants ressentent le besoin d'être soutenus et écoutés. Ils souhaitent communiquer avec des personnes externes ou des professionnels de la santé sur leur propre expérience (Östman, 2008, traduction libre, p.355-356). Selon Riebschleger (2004), ils ont besoin de se déculpabiliser à l'aide d'une personne de confiance (cité par Gladstone et al., 2011, traduction libre, p.283). Ces témoignages appuient l'importance d'un soutien médico-infirmier et la création d'interventions adaptées aux besoins de l'enfant ayant un parent souffrant d'un trouble de l'humeur.

La prévention primaire préserve la santé émotionnelle des enfants. Gladstone et al. (2011) mettent en évidence le bénéfice des programmes de prévention favorisant une meilleure compréhension de la maladie psychique (traduction libre, p.284).

7.1 Projets réalisés

Des interventions infirmières soutenues par les politiques de santé publique sont identifiées dans certaines études. Elles visent à renforcer les facteurs protecteurs de l'enfant lui permettant de faire face aux obstacles du trouble de l'humeur du parent. Il est important de s'intéresser aux projets existants dans d'autres pays afin de créer un plan de soin adapté à la culture helvétique.

7.1.1 Ailleurs dans le monde

Selon Singleton (2007), en Australie, de nombreux programmes visent à aider les enfants de parents souffrant de maladie psychique. *National Action Plan on Mental Health 2006-2011* propose d'intégrer l'enfant dans des groupes de soutien. *Gaining Ground Program* mis en place par l'association faïtière *Children of Parents with a Mental Illness (COPMI)*, organise des camps pour les enfants âgés de neuf à seize ans accompagnés de leur parent souffrant d'une pathologie psychique. *Sunshine Coast Koping Program* prévoit également des groupes et des camps d'activités créatrices ou extérieures. Ces actions permettent aux jeunes de rencontrer d'autres enfants vivant une situation similaire, de

partager leurs sentiments, d'améliorer leurs compétences adaptatives et leur résilience. L'efficacité de ces programmes n'a pas été évaluée mais les enfants et les parents semblent satisfaits, constatant que les camps les aident à s'adapter et à renforcer les liens intrafamiliaux (traduction libre, p.848).

En Scandinavie, l'intervention *Beardslee* est destinée aux familles dont un parent souffre d'un trouble psychique. Selon Pihkala, Sandlund et Cderström (2011), elle permet de prévenir l'apparition de troubles mentaux chez les enfants. L'échange sur la maladie mentale au sein de la famille, l'encouragement des facteurs protecteurs de l'enfant et le renforcement du rôle parental, sont des stratégies utilisées promouvant la résilience (traduction libre, p.623). L'intervention *Beardslee* vise une meilleure connaissance de la situation familiale. Les membres de la famille s'expriment davantage et améliore leur communication en abordant plus facilement les sujets difficiles. Moins inquiets, les enfants surveillent moins le parent et passent plus de temps avec leurs amis. Les professionnels de la santé ont mis en place un soutien pratique tel que des aides à domicile afin de soulager les enfants de responsabilités excessives. Par contre, les auteurs ont découvert que les symptômes sévères et prolongés diminuent les bénéfices de l'intervention. Ce résultat présuppose la nécessité d'une intervention précoce (Pihkala et al., 2011, traduction libre, p.625-626).

L'étude quantitative longitudinale de Solantaus, Paavonen, Toikka et Punamäki (2010) vise à prouver l'utilité préventive des thérapies *Family Talk Intervention (FTI)* et *Let's Talk about children (LT)* sur des familles ($n = 83$ familles ; enfants âgés de 8 à 16 ans) dont un parent est atteint de trouble de l'humeur. L'efficacité de l'intervention *FTI* est remarquée après quatre mois depuis la *baseline* ($p = 0.012$). Les résultats démontrent que les symptômes émotionnels des enfants diminuent significativement au cours du suivi ($p = 0.036$). Les deux thérapies démontrent leur efficacité avec une diminution significative de l'anxiété ($p = 0.003$) et une tendance à la baisse pour l'hyperactivité ($p = 0.072$). Finalement, le comportement *prosocial* des enfants s'est significativement amélioré dans les deux groupes d'intervention ($p < 0.001$) (traduction libre, p.887-888).

7.1.2 A Genève

Le milieu hospitalier ne dispose pas d'unité spécifique aux troubles de l'humeur. Parmi elles, l'unité des Tilleuls des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) accueille des patients souffrant de troubles psychiques chroniques. Lors de l'arrivée du patient, un entretien de famille est réalisé avec une investigation centrée sur la dynamique familiale. Dès lors, chaque membre exprime son vécu et ses difficultés. Les enfants sont invités à y

participer dès l'âge de dix ans. La philosophie de soin est axée sur la psychoéducation. Elle permet de renforcer les compétences du patient et de son enfant dans son rôle de proche aidant. Les soins sont basés sur l'explication des comportements symptomatiques à l'enfant.

L'unité de médecine générale pédiatrique (HUG) accueille en situation d'urgence sociale, quelques enfants adressés par le Service de la protection des mineurs (SPMI), par exemple, lors de l'hospitalisation du parent en unité psychiatrique. Lorsque l'enfant est hospitalisé pour des troubles somatiques et si des difficultés sociales sont mises en évidence, les équipes infirmière et médicale mettent en place un plan de soin intégrant les assistantes sociales et le SPMI. Un pédopsychiatre est informé de la situation et procède à une évaluation. Néanmoins, aucun suivi ambulatoire n'est proposé dans l'unité. Si des troubles psychiatriques sont détectés chez l'enfant, celui-ci est pris en soin par l'unité pédopsychiatrique.

L'unité des troubles de l'humeur (HUG) offre une prise en soin ambulatoire, axée sur la psychoéducation, aux personnes souffrant de trouble bipolaire ou dépressif. S'adressant également aux proches majeurs, des groupes de parole abordant la bipolarité, sont réalisés sur une année. Cependant, les entretiens de famille incluent de manière systématique, les enfants sans restriction d'âge. Les professionnels sont disponibles lors de sollicitations des parents pour les aider à expliquer leur maladie à l'enfant. Pour une prise en soin individualisée, les infirmiers adressent les enfants au Biceps.

La fondation principale auprès de laquelle les enfants peuvent se référer est Le Biceps. Comme présenté au début de cette revue, elle offre des prestations ciblant l'accompagnement d'enfants touchés par la problématique d'un parent atteint d'un trouble psychique. Malgré les compétences de la fondation, la collaboration avec certains professionnels de la santé est timide. Les infirmiers de santé mentale, au contact des parents, n'envoient que peu d'enfants au Biceps, contrairement au SPMI et à l'unité des troubles de l'humeur. Des interventions au sein du système scolaire ont été suggérées par Le Biceps mais refusées par les parents d'élèves. Ce refus suppose la nécessité de réaliser des interventions indirectes au moyen de campagnes d'affichage.

7.2 Propositions

Selon Garley, Gallop, Johnston et Pipitone (1997), les enfants ont estimé que l'élaboration d'un groupe de parole leur permettrait de partager leurs expériences de vie (traduction

libre, p.101). Malgré les bénéfices démontrés par ce type d'intervention, sa réalisation reste complexe. Les échanges auprès d'infirmiers soulignent la difficulté de créer des groupes de parole adaptés à l'âge. Les professionnels ont mis en évidence la difficulté d'établir un suivi régulier et pour les enfants, de s'exprimer en groupe. Le Biceps réalise malgré tout, des interventions de soutien entre pairs par le biais de médiation. Les infirmiers manquant de temps pour réaliser ce type de soin, peuvent le déléguer aux psychologues de la fondation. Les interventions proposées ci-dessous s'axent sur la prévention primaire afin d'atteindre les enfants qui ne sont pas en lien avec le monde hospitalier.

Comme démontré dans l'ensemble de cette revue, les enfants sont sujet à de développer des troubles psychiques, comportementaux et émotionnels. En terme de prévention, l'objectif est d'agir avant l'apparition de ces nouveaux cas, en augmentant la capacité d'adaptation des enfants ayant un parent souffrant de trouble de l'humeur. Selon Lecomte, (2010), une « approche plus informelle évite les effets stigmatisant de l'étiquetage » (p.133). Les campagnes d'affichage dans les milieux scolaires et extra-scolaires offriraient un moyen de mettre en lien cette population avec des professionnels. Une collaboration avec les infirmières scolaires du Service de Santé Jeunesse (SSJ) et les différentes associations telles que Le Biceps et Pro Juventute est essentielle.

Ces affiches se déclinaient en fonction de l'âge de l'enfant. L'une, illustrée par des dessins sous forme d'histoire, minimisant la lecture de texte, ciblerait les plus jeunes (6 à 10 ans). Pour les pré-adolescents et adolescents, des mots clés décrivant les différents thèmes liés au trouble de l'humeur se déclinaient sur un fond coloré. L'important serait de créer un lien entre les différents acteurs. Pour les plus jeunes, il faudrait mettre en évidence le contact de l'infirmière scolaire. Pour les adolescents, plus autonomes, des références de sites internet (associations, fondations et forums) et de ligne téléphonique de soutien seraient inscrites sur les affiches.

Lorsque les enfants feraient appel aux infirmiers et plus spécifiquement à ceux du SSJ, ces derniers devraient être sensibilisés à la problématique et adapter leur vocabulaire en fonction de l'âge de l'enfant. Comme mis en évidence dans ce travail, les enfants sont avides d'informations sur le trouble de l'humeur du parent. Dans le but de répondre à ce besoin, les infirmiers doivent connaître les principales pathologies et si nécessaire orienter l'enfant vers des professionnels plus avisés. Une brochure informative pourrait être distribuée à tous les professionnels directement en contact avec les enfants et les parents.

Dans un cadre de sensibilisation des professionnels de la santé, durant la formation en soins infirmiers, il serait bénéfique que la fondation Le Biceps intervienne dans un module pédiatrique, psychiatrique ou de formation pratique. Constituant un premier pas dans la reconnaissance de cette problématique, les infirmiers formés seront plus sensibles aux symptômes annonciateurs d'une problématique familiale. De manière globale, la sensibilisation de tous les professionnels en lien direct avec les enfants pourrait être proposée autant dans le domaine de la santé que du social (enseignants, assistantes sociales, diététiciennes et éducateurs). Afin de s'intégrer dans les programmes de formation l'intervention serait de courte durée au moyen de présentations visuelles.

8 LIMITES

La thématique multifactorielle de ce travail impose plusieurs limites. En premier lieu, la réalisation du travail en groupe de quatre personnes induit des différences dans l'analyse et la retranscription des résultats. Les réunions et les nombreuses relectures ont tenté de les réduire afin de rendre le travail plus fluide. La présentation des études, intégrée dans le texte, permet d'avoir une vision globale de l'ensemble des articles. La catégorisation par thème selon le modèle de Roy allège la lecture, alourdie par les nombreuses études. Malgré une base théorique solide, les auteurs ne s'accordent pas sur les définitions du *coping*, de l'adaptation et de la résilience. L'objectif est d'uniformiser le langage de manière à rendre la lecture de la revue plus aisée.

Les MeSH Terms utilisés ont restreint la recension des articles, ce qui a demandé de réaliser des recherches supplémentaires en sortant du cadre méthodologique habituel. Les études recensées pour la plupart de devis quantitatif ne semblent pas le plus approprié. Les notions subjectives seraient utiles pour le quotidien de l'enfant. Les résultats présentent des corrélations majoritairement plus proches du seuil de 0 que de 1, engendrant une difficulté d'interprétation.

Le sujet s'intéresse à deux groupes de pathologies, la dépression et les troubles bipolaires, ce qui rend difficile la généralisation de la capacité d'adaptation des enfants. L'idéal serait de porter l'intérêt sur une de ces deux maladies. Dans certains articles, les auteurs incluent plusieurs maladies psychiques telles que les psychoses et névroses. Parfois, ils énoncent leurs résultats sans préciser le diagnostic. Par souci de précision, les recherches retenues comprennent au minimum 50% de troubles de l'humeur. En tant que soignant, il s'agit de prendre en soin un enfant selon ce qu'il vit au quotidien, peu importe le diagnostic du parent. L'intérêt principal est de comprendre comment il s'adapte au changement de l'humeur du parent.

La participation volontaire des familles aux études entraîne un biais de sélection et suppose une meilleure capacité d'adaptation que d'autres familles également touchées par le trouble de l'humeur. La diversité démographique et socio-économique n'est pas toujours spécifiée dans les recherches analysées. Les différences culturelles entre pays, influencent la dynamique familiale et se répercutent sur les résultats.

Selon les études, les parents sont rarement dans une phase aigüe pouvant avoir des répercussions diminuées sur l'enfant. Synonyme d'instabilité, le trouble de l'humeur peut influencer les données.

Les auteurs ne s'accordent pas sur le degré et la classification des troubles attribués aux enfants. Ces derniers sont parfois diagnostiqués selon différents symptômes observés. Cette catégorisation précoce est quelque peu tangente. L'adolescence, étape clef, leur permet d'avoir une chance de changer leur fonctionnement psychique. Considérer l'enfant comme *malade* peut être délétère pour son développement. L'adaptation dépend de l'âge de l'enfant et évolue en fonction de son développement émotionnel, modifiant considérablement les données. Afin de faire preuve de rigueur, l'âge des enfants variant de la petite enfance à l'âge adulte, est précisé lors de la présentation de chaque recherche.

La pose du diagnostic parental est propre à chaque auteur (questionnaires auto-remplis, par les auteurs ou par des professionnels de la santé). L'ensemble des études n'utilise pas les mêmes questionnaires et les évaluations ne sont pas toujours réalisées par les enfants.

Les articles s'intéressent plus souvent aux enfants ayant une mère touchée par la maladie présumant que les répercussions seraient plus importantes lorsqu'il s'agit d'une dépression maternelle. Cependant, les résultats ne sont pas toujours présentés en différenciant ce qui appartient à la mère ou au père. La décision a été de généraliser les données pour les deux parents.

9 PERSPECTIVES POUR LA RECHERCHE

Un nombre important d'études quantitatives est recensé dans cette revue. La perspective corrélacionnelle ne permet pas de percevoir les expériences subjectives de l'enfant. Le principe de quantification entrave la mise en évidence de ses sentiments. Les futures recherches devraient porter un intérêt qualitatif sur cette thématique.

L'étude se centrerait sur les répercussions psychopathologiques du parent sur son enfant à travers la chronicité de la maladie. L'exploration du vécu de l'enfant serait le principal objectif de cette recherche. L'idéal serait de réaliser une étude qualitative comprenant une douzaine d'adolescents, âgés de douze à dix-huit ans, ayant un parent souffrant d'un trouble l'humeur. L'expression des émotions est plus aisée chez l'adolescent que chez le plus jeune. Une proportion égale de parents souffrant de trouble dépressif et bipolaire devrait être respectée. Le recrutement des participants se ferait par l'intermédiaire de centres ambulatoires afin de minimiser le biais de sélection. L'hospitalisation du parent daterait de plus de six mois afin qu'aucune phase aigue sévère ne vienne interférer avec le quotidien de l'enfant.

Les outils méthodologiques comprendraient plusieurs interviews semi-structurées réparties une fois par mois sur un semestre. La particularité longitudinale démontrerait l'intérêt porté à l'aspect chronique. Les entretiens enregistrés seraient réalisés de manière individuelle. Au début de chaque entrevue, il serait intéressant d'évaluer l'humeur de l'enfant au cours du dernier mois, à l'aide d'une échelle visuelle analogique (EVA) telle que l'échelle des visages. Les questions ouvertes seraient axées sur l'adaptation, réparties en trois thèmes :

- le quotidien familial et social ;
- les stratégies mobilisées face aux variations de l'humeur du parent ;
- la présence d'événements difficiles à gérer au cours du dernier mois.

Ces éléments évalueraient de manière concrète le vécu de l'enfant. La mise en évidence des difficultés permettrait à l'infirmier de créer des interventions adaptées.

10 CONCLUSION

Cette étude répond à la question de départ qui explore une problématique multifactorielle :

Comment l'enfant et l'adolescent s'adaptent dans un environnement perturbé par le trouble de l'humeur d'un parent ?

La lumière s'est faite sur les stratégies d'adaptation positives ou négatives rapportées par l'enfant ayant un parent souffrant d'un trouble de l'humeur. Bien que la pathologie parentale se répercute sur la dynamique familiale, les conséquences ne seront pas nécessairement néfastes pour l'évolution de l'enfant. Il peut présenter un développement émotionnel non perturbé et un fonctionnement social efficient, tout en étant grandi de son expérience de vie. Il acquiert une maturité, des compétences relationnelles et un esprit d'ouverture face à la société. Les connaissances apportées par cette revue sont porteuses d'espoir, prouvant que les expériences de l'enfance ne déterminent pas son devenir.

La confrontation au trouble de l'humeur oblige l'enfant à s'adapter. Le modèle de soins infirmiers de Callista Roy assure la compréhension du phénomène d'intérêt. En plus d'une base théorique solide, il permet la catégorisation du système adaptatif de l'enfant. Le rôle infirmier consiste à orienter l'enfant vers une meilleure adaptation, favorisant une prise de distance sur les événements et visant à se réapproprier son rôle propre.

L'exploration du phénomène d'intérêt ne s'est pas restreinte au vécu de l'enfant. Une recherche approfondie sur le contexte politique dans le monde et en Suisse met en exergue l'importance des troubles de l'humeur du point de vue de la santé publique. La prise de conscience politique doit s'accroître en soutenant des actions de prévention et de promotion de la santé psychique. Ainsi, le cercle vicieux de la transmission intergénérationnelle serait atténué. Les interventions infirmières de prévention primaire, soutenues par l'Etat doivent être mises en place auprès des enfants pour éviter l'apparition de troubles psychiques à l'âge adulte. Le public a également besoin d'être sensibilisé à cette problématique peu reconnue.

Cette thématique encourage le développement de compétences infirmières telles qu'une vision globale dans les soins et une collaboration entre les professionnels au contact de l'enfant et des parents.

Cette revue de la littérature a apporté à l'ensemble du groupe une perspective pluridisciplinaire touchant différents domaines de la santé et du social intra- et extra-

hospitalier. Finalement, l'émergence des thèmes présentés dans la discussion initie une vision plus claire et globale d'un phénomène jusque lors obscure. Progressivement cette aventure a permis d'affirmer un raisonnement infirmier, aujourd'hui ancré en chacune des auteures.

11 LISTE DE RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Ahlström B., Skärsäter, I. & Danielson, E. (2009). Living with major depression : experiences from families' perspectives, *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23, 309-316.
- Ahlström B., Skärsäter, I. & Danielson, E. (2007). Major depression in a family : what happens and how to manage - a case study, *Issues in Mental Health Nursing*, 28, 691-706.
- Alligood, M. R. & Tomey, A. M. (2010). *Nursing Theorists and their work* (7e éd.). USA: Mosby Elsevier.
- American Psychiatric Association. (2003). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (4e éd.). Paris : Masson.
- AMGE. (2008). *Les suisses souffrent de la tête*. Accès <http://www.amge.ch/2008/01/15/les-suisses-souffrent-de-la-tete>
- Art. 23 de la Loi cantonale sur la santé du 7 avril 2006 (= LS ; RSG K1 03).
- Ashman, S., Dawson, G., Panagiotides, H., Yamada, E. & Wilkinson, C. (2002). Stress hormone levels of children of depressed mothers. *Development and Psychopathology*, 14, 333-349.
- Association de personnes ayant un trouble de l'humeur, bipolaire ou dépressif. (2014). *Informations médicales sur les troubles bipolaires de l'humeur*. Accès <http://www.association-atb.org/maladie/trouble-bipolaire-ATB.htm>
- Le Biceps. (2014). *Se faire du souci pour un parent, ça arrive ! Au Biceps, on en parle*. Accès <http://www.lebiceps.ch/index.htm>
- Classification Statistique Internationale des Maladies et des Problèmes de Santé. (2008). *Troubles mentaux et du comportement*. Accès <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2008/fr#/F30-F39>
- Code civil suisse du 10 décembre 1907. (=CCS ; RS 210).
- Cogan, N., Riddell, S. & Mayes, G. (2005). The understanding and experiences of children affected by parental mental health problems : a qualitative study. *Qualitative reseach in psychology*, 2(1), 47-66.
- Cyrułnik, B. (2002). *Un merveilleux malheur*. Paris : Odile Jacob.
- Département des affaires régionales de l'économie et de la santé. (2014). *Promotion de la santé et prévention : alliance contre la dépression*. Accès http://ge.ch/dares/promotion-sante-et-prevention/alliance_contre_depression-1037.html
- Département des affaires régionales de l'économie et de la santé. (2010). *Promotion de la santé et prévention : alliance genevoise contre la dépression*. Accès http://ge.ch/dares/promotion-sante-et-prevention/actualite-alliance_genevoise_contre_depression-8573.html

- Delvin J., M. & O'Brien L., M. (1999). Children of parents with mental illness. I : An overview from a nursing perspective. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*, 8, 19-29.
- Dumont, M., Leclerc D. & Deslandes R. (2003). Ressources personnelles et détresse psychologique en lien avec le rendement scolaire et le stress chez des élèves de quatrième secondaire. *Revue canadienne des sciences du comportement*, 35(4), 254-267.
- Dumont, M. & Provost M.A. (1999). Resilience in adolescents : protective role of social support, coping strategies, self-esteem, and social activities on experience of stress and depression. *Journal of Youth and Adolescent*, 28(3), 343-363.
- Dunbar J. P., McKee L., Rakow A., Watson K. H., Forehand R. & Compas B. E. (2013). Coping, negative cognitive style and depressive symptoms in children of depressed parents. *Cognitive Therapy and Research*, 37(1), 1-19.
- Elgar F., J., McGrath P. J., Waschbusch D., A., Stewart S., H. & Curtis L., J. (2004). Mutual influences on maternal depression and child adjustment problems. *Clinical Psychology Review*, 24, 441-459.
- Elgar F., Mills, R., McGrath, P., Waschbusch D. & Brownridge D. (2007). Maternal and paternal depressive symptoms and child maladjustment : The mediating role of parental behavior, *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35, 943-955.
- Ellenbogen, M., Hodgins, S., Walker, C.-D., Couture, S. & Adam, S. (2006). Daytime cortisol and stress reactivity in the offspring of parents with bipolar disorder, *Psychoneuroendocrinology*, 31, 1164-1180.
- Fawcett, J. & DeSanto-Medeya, S. (2013). *Contemporary nursing knowledge* (3^e éd.). Philadelphia : F.A. Davis Company.
- Fondation Pro Juventute Genève. (2014). *Qui sommes-nous ?* Accès <http://www.proju.ch/?rubrique=7>
- Fonds des Nations unies pour l'enfance. (2013). *Qui sommes nous : la Convention relative aux droits de l'enfant*. Accès <http://www.unicef.ch/fr/qui-nous-sommes/droit-de-l-enfant/la-convention-relative-aux-droits-de-lenfant>
- Fonds des Nations unies pour l'enfance. (1989). *Convention relative aux droits de l'enfant*. Accès http://www.unicef.ch/sites/default/files/attachements/convention_relative_aux_droits_de_lenfant.pdf
- Fraser, E. & Pakenham, K. (2009). Resilience in children of parents with mental illness : Relations between mental health literacy, social connectedness and coping, and both adjustment and caregiving. *Psychology, Health & Medicine*, 14(5), 573-584.
- Fritsch, R., Montt, M.E., Solís, J., Pilowsky, D. & Rojas, M.G. (2007). Cómo es la salud mental de los hijos de madres deprimidas consultantes a servicios de atención primaria ? *Revista Médica de Chile*, 135, 602-612.
- Garley, D., Gallop, R., Johnston, N. & Pipitone, J. (1997). Children of the mentally ill : a qualitative focus group approach. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 4(2), 97-103.

- Gladstone, B., M., Boydell, K. M., Seeman M. V. & McKeever P., D. (2011). Children's experiences of parental mental illness : a literature review. *Early Intervention in Psychiatry*, 5, 271-289.
- Goodman, S.H. & Gotlib, I.H. (1999). Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: a developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychological Review*, 106, 3, 458-490.
- Granget, Ph. & Débenay, E. (2007). *Cadre de référence genevois pour la promotion de la santé mentale*. Genève : DGS
- Hammen, C. & Brennan, P. (2003). Severity, chronicity, and timing of maternal depression and risk for adolescent offspring Ddagnoses in a community sample. *Archives of General Psychiatry*, 60, 253-258.
- Ionescu, S., Stieffatre-Nascimento, M. & Goussé, V. (2011). *Traité de la résilience assistée*. Paris : Presse Universitaire de France.
- Jones, S., Tai, S., Evershed, K., Knowles, R. & Bentall, R. (2006). Early detection of bipolar disorder : a pilot familial high-risk study of parents with bipolar disorder and their adolescent children. *Bipolar Disorders*, 8, 362-372.
- Knutsson-Medin, L., Edlund, B. & Ramklint, M. (2007). Experiences in a group of grown-up children of mentally ill parents. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14, 744-752.
- Langrock, A.M., Compas, B.E., Keller, G., Merchant, M.J. & Copeland, M.E. (2002). Coping with the stress of parental depression: parent's reports of children's coping, emotional and behavioral problems. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 31(3), 312-324.
- Langrock, A.M., Jaser, S.S., Keller, G., Merchant, M.J., Benson, M.A., Reeslund, K., Champion, J.E. & Compas, B.E. (2005). Coping with the stress of parental depression II: adolescent and parent reports of coping and adjustment. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 24(1), 193-205.
- Lapalme, M., Hodgins, S. & Laroche, C. (1997). Children of parents with bipolar disorder : a meta-analysis of risk for mental disorders. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 42, 623-631.
- Lecomte, J. (2010). *Guérir de son enfance*. Paris : Odile Jacob.
- LeFrançois, B. (2010). Distressed fathers and their children: A review of the literature. *International Journal of Social Psychiatry*, 58(2), 123-130.
- Linnen, A.-M., Rot, M., Ellenbogen, M. & Young, S. (2009). Interpersonal functioning in adolescent offspring of parents with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 114, 122-130.
- Mordoch, E. & Hall, W.A. (2002). Children living with a parent who has a mental illness: a critical analysis of the literature and research implications. *Archives of Psychiatric Nursing*, (16)5, 208-216.
- Mowbray, C., T. & Mowbray, O. P. (2006). Psychosocial outcomes of adult children of mothers with depression and bipolar disorder. *Journal of Emotional and behavioral disorders*, 14(3), 130-142.

- Office fédéral de la santé publique. (2012). *Santé psychique*. Accès <http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/00683/01916/index.html?lang=fr>
- Organisation des Nations Unis. (1989). *La Convention relative aux droits de l'enfant*. Accès <http://www.unicef.ch/fr/qui-nous-sommes/droit-de-l-enfant/la-convention-relative-aux-droits-de-lenfant>
- Organisation mondiale de la santé. (2012). *Centre des média : la dépression*. Accès <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/fr/index.html>
- Organisation mondiale de la santé. (2011). *Santé mentale : un état de bien-être*. Accès http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/fr/index.html
- Organisation mondiale de la santé. (2006). *Rapport de la Conférence ministérielle européenne de l'OMS. Santé mentale : Relever les défis, trouver les solutions*. Accès http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/98918/E88538.pdf
- Ostiguy, C. S., Ellenbogen, M. A., Linnen, A-M., Walker, E. F., Hammen, C. & Hodgins, S. (2009). Chronic stress and stressful life events in the offspring of parents with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 114, 74-84.
- Östman, M. (2008). Interviews with children of persons with a severe mental illness: Investigating their everyday situation. *Nordic Journal of Psychiatry*, 62(5), 354-359.
- Pépin, J., Kérouac, S. & Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière* (3ème éd.). Québec : Chenelière Education.
- Pihkala, H., Sandlund, M. & Cderström, A. (2011). Children in Beardslee's family intervention : Relieved by understanding of parental illness. *International Journal of Social Psychiatry* 58(6), 623-628.
- Pro Juventute. (2014). *Offres*. Accès <http://www.projuventute.ch/Offres.1786.0.html?&L=1>
- Pro Juventute. (2014). *Qui sommes-nous ?* Accès <http://www.projuventute.ch/Qui-sommes-nous.51.0.html?&L=1>
- Pro Juventute Genève. (2014). *Qui sommes nous ?* Accès <http://www.proju.ch/?rubrique=7>
- Pro Mente Sana, association romande. (2014). *Infos en détails*. Accès http://www.promentesana.org/wq_pages/fr/association/
- Purdmaa, E. (Dir.). (2005). *Le trouble affectif bipolaire : Pas à pas vers le rétablissement*. Accès http://www.obad.ca/files/Le_Trouble_Affectif_Bipolaire_-_Pas_a_Pas_Vers_le_Retablissement.pdf
- Reichart, C., Van der Ende, J., Wals, M., Hillegers, M., Nolen, W., Ormel, J. & Verhulst, F. (2007). Social functioning of bipolar offspring. *Journal of Affective Disorders*, 98, 207-213.
- Le Relais. (2013). *Association Le Relais*. Accès http://lerelais.ch/?page_id=20
- Rouillon, F. (2009). Epidémiologie du trouble bipolaire. *Annales Médico-psychologiques*, 167, 793-795.

- Schuler, D. & Burla, L. (2012). *La santé psychique en Suisse. Monitoring 2012*. Neuchâtel: OBSAN
- Silk, J., Shaw, D., Skuban, E., Oland, A. & Kovacs, M. (2006). Emotion regulation strategies in offspring of childhood-onset depressed mothers. *Journal of child psychology and psychiatry*, 47(1), 69-78.
- Singleton, L. (2007). Parental mental illness : the effects on children and their needs. *British Journal of Nursing*, 16(14), 847-849.
- Stallard, P., Norman, P., Huline-Dickens, S., Salter, E. & Cribb, J. (2004). The effects of parental mental illness upon children : A descriptive study of the views of parents and children. *Clinical child psychology and psychiatry*, 9(39), 39-52.
- Solantaus, T., Paavonen, E.J., Toikka, S. & Punamaki, R.-L. (2010). Preventive interventions in families with parental depression: children's psychosocial symptoms and prosocial behavior. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 19, 883-892.
- Timko, C., Cronkite, R., Berg, E. & Moos, R. (2002). Children of parents with unipolar depression: a comparison of stably remitted, partially remitted, and nonremitted parents and nondepressed controls. *Child Psychiatry and Human Development*, 32, 165-185.
- Timko, C., Cronkite, R.C. & Moos, R.H. (2010). Do parental stressors and avoidance coping mediate between parental depression and offspring depression? A 23 year follow up. *Interdisciplinary Journal of Applied Family Studies, Family Relations*, 59, 121-135.
- Troubles bipolaires. (2014). *Epidémiologie: quelques données chiffrées*. Accès <http://www.troubles-bipolaires.com/maladie-bipolaire/nature-troubles-bipolaires/epidemiologie.htm>
- Walsh, J. (2009). Children's understanding of mental ill health : implications for risk and resilience in relationships. *Child and Family Social Work*, 14, 115-122.

12 LISTE BIBLIOGRAPHIQUE

- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^e éd.). Montréal : Chenelière Education.

ANNEXE I : ANALYSE DES ARTICLES

Ahlström B., Skärsäter I. & Danielson E. (2007). Major depression in a family : what happens and how to manage – a case study, <i>Issues in Mental Health Nursing</i> , 28, 691-706.	
Type de recherche	Etude de cas avec devis qualitatif. But : décrire ce qui se passe et comment les membres de la famille, une fille de 11 ans et un fils de 19 ans, gèrent la dépression majeure de la mère.
Instrument de Mesure	Interviews narratives composées de questions ouvertes de type « comment ça se passe ? » et « comment gère-t-ils ? Les chercheurs ont réalisé un entretien de famille et trois individuels. Ils ont été enregistrés et retranscrits. Trois questions ont guidé les entretiens : <ul style="list-style-type: none"> • A quoi ressemblait la vie de famille lors de l'apparition de la dépression ? • A quoi ressemble un jour ordinaire avec la dépression ? • Comment est-ce, lorsque la dépression se dissipe ?
Résultats et discussion	Emergence de six thèmes : <i>Intrus furtif</i> : Envahissement de la famille par la dépression provoquant une perte de contrôle et une difficulté à se projeter. Le fils remarque les signes précurseurs (surinvestissement) de la phase de décompensation et la fin de la période (mère qui sort de sa chambre pour leur parler). <i>Impuissance</i> : La mère se sent impuissante pendant les phases dépressives. L'ensemble de membres de la famille sont épuisés. Les enfants suivent l'humeur de la mère car ils sont attachés à elle. <i>Sauver la situation</i> : Les enfants s'aident les uns les autres, ils sont indépendants lorsque la mère dort. Le fils trouve difficile d'aider sa mère lorsqu'elle est triste. Il renonce à ses plans pour essayer d'améliorer la situation. La fille reste présente pour la consoler. Parfois, le fils, ne sachant pas comment faire pour l'aider, va voir des amis. <i>Protection de soi-même et des autres</i> : L'école a un effet positif, considérée comme un espace de respiration pour ne plus penser à la situation familiale. La fille va souvent rendre visite à des amis et aux grands-parents. Elle a des moyens de protection face aux conflits en s'isolant dans sa chambre avec l'ordinateur. <i>Difficile à dire avec des mots</i> : La dépression est difficile à comprendre pour la famille. Les membres ont de la difficulté à parler des problèmes. Les enfants se parlent peu entre eux. <i>Disperser les fantômes</i> : Les membres pensent avoir un bon fonctionnement familial malgré la maladie psychique. A part les moments de dépression, le fils pense que rien n'est difficile dans la famille. La fille, quant à elle, passe du temps avec ses amis, ce qui l'aide à diminuer les conflits. Cependant, le rétablissement de la mère pourrait être ressenti par l'ensemble de la famille. Les implications pour les soins infirmiers consistent à développer des

	stratégies pour inclure les enfants dans les soins. La perspective familiale dans chaque situation permettra à l'enfant de participer. Les soins infirmiers en santé mentale doivent soutenir les familles face aux incapacités, à la souffrance et à la perte lors des épisodes dépressifs.
Limites	<p>Le principe de l'étude de cas empêche toute généralisation car trop imprégnée de subjectivité. Elle permet cependant d'avoir une représentation des ressentis de l'enfant.</p> <p>La famille est composée de trois enfants, le troisième n'a pas participé à l'étude car il ne vit pas quotidiennement chez la mère, étudiant dans une autre ville.</p> <p>Interviews réalisées au domicile, le cadre n'est pas neutre.</p> <p>La fille s'est endormie pendant une partie de l'interview commune mais a participé complètement aux entretiens individuels.</p> <p>La mère semble parler de la maladie à ses enfants. De plus, la participation volontaire présuppose un meilleur fonctionnement familial et une meilleure adaptation.</p>

Ahlström B., Skärsäter I. & Danielson E. (2009). Living with major depression : experiences from families' perspectives, *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23, 309-316.

Type de recherche	<p>Etude de devis qualitatif avec des interviews narratives. Perspectives infirmières venant du département universitaire des soins infirmiers de Suède.</p> <p>But : décrire le vécu quotidien de la dépression majeure au sein d'une famille (n=7) avec des enfants âgés de 5 à 26 ans.</p>
Instrument de Mesure	Interviews narratives avec des questions ouvertes de type : Parlez-moi d'une journée ordinaire avec la dépression dans la famille ? ; Que se passe-t-il dans la vie de tous les jours ? ; Que se passe-t-il pour les membres de la famille ?
Résultats et discussion	<p>Emergence de cinq thèmes :</p> <p><i>Etre forcé de renoncer au contrôle de la vie quotidienne</i> : fatigue des enfants, se sentir incapable d'aider les parents, famille inactive avec peu d'activités communes.</p> <p><i>Incertitudes et instabilités dans la vie affective</i> : enfants qui ne sont pas au courant de la pathologie parentale. Ils protègent et prennent soin de leurs parents ou fuient la maladie. Ils protègent également les frères et sœurs. Ils ressentent de l'anxiété envers le parent, des potentielles tentatives de suicide et le futur. Ils ont de la difficulté à comprendre les querelles inutiles. Ils considèrent que leur quotidien est stressant.</p> <p><i>Vivre en marge de la communauté</i> : l'enfant éprouve de la difficulté à communiquer avec le parent malade. Il remarque le comportement introverti du parent comme signification de son mal-être. L'enfant annule ses activités pour rester à la maison ou au contraire, il fuit le quotidien. Les enfants disent que le parent ne participe par beaucoup aux activités familiales.</p> <p><i>La vie quotidienne devient difficile</i> : l'enfant prend des initiatives pour</p>

	<p>avoir un rôle de parent, difficile après une journée d'école.</p> <p><i>Malgré tout, possibilité de s'en sortir</i> : l'enfant utilise la distraction comme l'écriture de poèmes ou de lettres, sortir de la maison. Cependant, un enfant âgé de cinq ans n'a pas vécu l'impact de la dépression. Les enfants augmentent la qualité de vie de leur parent. Après ce vécu, ils disent avoir une meilleure compréhension des autres et acquis un apprentissage dans leur vie.</p>
Limites	<p>Le devis qualitatif ne permet pas la généralisation des résultats.</p> <p>Les critères d'exclusion concernent les troubles bipolaire de type I et II.</p> <p>Dans l'échantillon des parents, il y a un seul représentant paternel et 6 familles monoparentales.</p> <p>Dans les interviews, il n'y a pas toujours la participation de l'ensemble des membres. De plus, les entretiens sont réalisés en famille et non de manière individuelle.</p>

Cogan, N., Riddell, S. & Mayes, G. (2005). The understanding and experiences of children affected by parental mental health problems : a qualitative study. *Qualitative reseach in psychology*, 2(1), 47-66.

Type de recherche	<p>Etude qualitative exploratoire et descriptive.</p> <p>But : explorer, par le biais d'entretiens semi-structurés, la compréhension et l'expérience de vie d'enfants, (n=20) âgés de douze à dix-sept ans, ayant un parent atteint d'un trouble affectif. Les données récoltées sont comparées avec un groupe contrôle d'enfants (n=20) ayant des parents normothymiques.</p>
Instrument de Mesure	<p>Une interview semi-structurée, développée par les auteurs, a permis d'axer l'exploration et la compréhension de chaque enfant, à propos de la santé mentale, santé physique et du bien-être.</p> <p>La retranscription des données collectées a été effectuée par le programme NUD*IST.</p>
Résultats et discussion	<p>Six thèmes ont émergés de l'analyse des données.</p> <p>Le thème <i>choix du langage</i> indique que les enfants ayant un parent atteint de trouble de l'humeur ont tendance à employer un langage alternatif afin d'exprimer leur point de vue sur ces troubles. Les jeunes du groupe contrôle sont plus enclins utiliser des termes péjoratifs et à véhiculer de fausses idées négatives.</p> <p>Le thème <i>différences avec une pathologie somatique</i> met en évidence la capacité des deux groupes à distinguer des différences entre un trouble mental et une pathologie physique. Ils s'accordent à dire qu'il est difficile de comprendre la maladie psychique tant elle est éthérée.</p> <p>Le thème <i>source de compréhension</i> indique que les médias sont les principales sources d'informations sur les troubles de l'humeur. La compréhension du groupe contrôle est aussi influencée par leurs <i>expériences directes</i> et par les dires de leurs parents. Les jeunes ayant un parent qui souffre d'un trouble de l'humeur, en plus des médias, élaborent quotidiennement la compréhension de la pathologie en fonction des symptômes du parent. Ils sont capables d'identifier le changement de comportement du parent. Certains des enfants ayant un</p>

	<p>parent souffrant de trouble de l'humeur décrivent de la peur, de l'insécurité et de l'inquiétude lorsque le parent est admis dans un service de psychiatrie. Alors que d'autres se sentent rassurés et désirent que le parent se rétablisse ou guérisse.</p> <p>Le thème <i>causes du trouble affectif</i> illustre que les enfants ayant un parent souffrant de trouble de l'humeur attribuent des facteurs sociaux, environnementaux et biologiques au développement de la pathologie. Certains se blâment et pensent être la raison pour laquelle le parent à développer son trouble. Le groupe contrôle attribue ces causes à des facteurs environnementaux et sociaux.</p> <p>Le thème <i>stigmatisation des personnes souffrant de trouble affectif</i> révèle que leurs enfants sont victimes de stigmatisation et d'isolement. Par peur d'être ridiculisés, ils préfèrent dissimuler aux pairs leurs sentiments, ainsi que la particularité de leur dynamique familiale. Paradoxalement, ils développent un sentiment de surprotection envers leur parent. Leurs dissimulations, la peur de la stigmatisation et des représailles ne les encouragent pas à chercher du support de la part des professionnels sociaux ou des soignants. Le groupe d'enfants ayant des parents sains présente des attitudes discriminantes envers les personnes ayant un trouble affectif, tant au niveau de leurs actes que de leurs mots.</p> <p>Le thème <i>demande d'informations</i> démontre la volonté des enfants ayant un parent souffrant d'un trouble affectif, de recevoir des renseignements sur la pathologie. Seule une minorité de jeunes indiquent avoir reçu des informations de la part de professionnels. Certains jeunes du groupe contrôle ont également reconnu l'importance d'obtenir plus d'informations sur les troubles de l'humeur, afin d'acquérir une meilleure compréhension et réduire les idées négatives.</p>
Limites	<p>Le diagnostic trouble affectif est évoqué par les auteurs, mais ils ne détaillent pas la pathologie exacte dont souffre le parent.</p> <p>Les participants n'étant pas représentatifs de la population générale, il faut être prudent quant à la généralisation des données récoltées.</p>

Dunbar J. P., McKee L., Rakow A., Watson K. H., Forehand R., Compas B. E. (2013). Coping, Negative Cognitive Style and Depressive Symptoms in Children of Depressed Parents. *Cognitive Therapy Research*, 37(1), 1-19.

Type de recherche	<p>Etude transversale corrélacionnelle</p> <p>But : examiner les interactions entre le style cognitif négatif et chaque type de <i>coping</i> en testant si les stratégies d'adaptation primaires et secondaires pourraient agir comme des facteurs de protection à de plus hauts niveaux de style cognitif négatif ; tester si les stratégies de désengagement pourraient agir comme un facteur de risque additionnel de plus haut niveau de style cognitif négatif.</p> <p>L'échantillon est composé de 165 enfants de 9 à 15 ans.</p>
Instrument de Mesure	<p>Enfants : l'évaluation des symptômes dépressifs des enfants et faite par trois échelles, <i>The Child Behavior Checklist</i>, <i>Youth Self-Report</i> validité et fiabilité établie : (CBCL= $\alpha = 0.72$ et YSR=$\alpha = 0.81$) et <i>Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version</i> ($\kappa = 0.76$).</p>

	<p>La réponse des enfants au stress des parents est évaluée par le <i>Response to Stress Questionnaire</i> (échelle valide).</p> <p>L'évaluation du style cognitif négatif est faite avec l'<i>Adolescent Cognitive Style Questionnaire</i> ($\alpha = 0.90$).</p> <p>Parents : le diagnostic de la dépression est établi par le <i>Structured Clinical Interview for DSM</i> ($\kappa = 0.71$).</p>
Résultats et discussion	<p>Les enfants avec un style cognitif négatif ont tendance à utiliser davantage des stratégies passives d'adaptation (ex : désengagement) et utilisent moins les stratégies actives d'adaptation face au stress (<i>coping</i> de contrôle primaire et secondaire).</p> <p>Le style cognitif négatif est relié de manière significative aux symptômes dépressifs. Les stratégies adaptatives primaires et secondaires permettent une diminution des symptômes dépressifs. Par contre, les stratégies de désengagement ne prédisent pas les symptômes dépressifs de manière significative. Elles sont tellement insignifiantes qu'elles peuvent être perçues comme supprimeur des symptômes dépressifs.</p> <p>La résolution de problème en utilisant des stratégies telles que l'expression émotionnelle et la modulation émotionnelle (deux autres aspects des stratégies d'adaptation primaire) pour gérer le stress, peut être considérée comme adaptative.</p>
Limites	<p>La forme transversale de l'étude ne permet pas d'émettre de conclusion sur la cause du phénomène.</p> <p>L'échantillon n'est pas représentatif de tous les enfants dont les parents sont déprimés.</p> <p>La présence de plus de mères (n=148 ; pères n=17) diminue également la représentativité de l'échantillon.</p>

Elgar F., Mills R., McGrath P., Waschbusch D. & Brownridge D. (2007). Maternal and Paternal Depressive Symptoms and Child Maladjustment : The Mediating Role of Parental Behavior, *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35, 943-955.

Type de recherche	<p>Etude de devis quantitatif descriptive corrélative, de type transversale (une seule recension de données pour les symptômes dépressifs des parents et l'ajustement de l'enfant).</p> <p>But : examiner le lien entre les symptômes dépressifs des parents et l'ajustement de l'enfant. Evaluation du comportement parental de pères et mères (n=4184) souffrant de dépression en lien avec le problème d'ajustement des enfants (n=6048) âgés de 10 à 15 ans. L'important échantillon est récolté entre 1998 et 2000.</p>
Instrument de Mesure	<p>Données collectées auprès des parents par téléphone entre 1998 et 2000 et ensuite, distribution des questionnaires dans les écoles pour les enfants.</p> <p>Symptômes dépressifs : Radloff's (1977) <i>Centre for Epidemiological Studies-Depression Scale</i> ;</p> <p>Comportements parentaux (éducation, rejet, surveillance) : Echelle sur 23 thèmes développé par Lempers & al. (1989), évalués par les parents et les enfants pour trois domaines : l'éducation, la surveillance et le</p>

	<p>rejet ;</p> <p>Problèmes d'ajustement chez l'enfant (internalisation, externalisation et comportements <i>prosociaux</i>) : le fonctionnement est évalué par les enfants au moyen d'un questionnaire, <i>National Longitudinal Survey of Children and Youth</i> rempli à l'école ;</p> <p>Tests statistiques selon Stata 9 et utilisation du test de Sobel.</p>
<p>Résultats et discussion</p>	<p>Les filles reportent plus de problèmes d'internalisation, moins de comportements <i>prosociaux</i> et moins de problèmes d'externalisation que les garçons. Lorsqu'elles évaluent le comportement de leurs parents, elles reportent un taux plus élevé pour l'éducation parentale, plus de surveillance et moins de rejet parental.</p> <p>Plus les symptômes dépressifs du père sont présents, plus l'enfant développe des comportements <i>prosociaux</i>. Ces symptômes chez le père sont également négativement corrélés avec l'éducation parentale et la surveillance ; la corrélation reste inférieure chez la mère pour les deux domaines. L'éducation paternelle est négativement corrélée avec les problèmes d'externalisation chez l'enfant (seulement une tendance du côté maternel). La corrélation est négative entre l'éducation paternelle et les problèmes d'internalisation chez l'enfant.</p> <p>La surveillance des mères et des pères est négativement corrélée avec les problèmes d'internalisation. La surveillance maternelle et paternelle est également corrélée avec les comportements <i>prosociaux</i>. La surveillance paternelle est négativement corrélée avec les problèmes d'externalisation de l'enfant.</p> <p>Le rejet maternel est corrélé avec les problèmes d'internalisation et d'externalisation chez l'enfant. Pour le père, les corrélations sont supérieures pour l'internalisation et pour l'externalisation chez l'enfant. Pour le rejet maternel, il y a une corrélation négative avec les comportements <i>prosociaux</i>.</p> <p>En seconde phase d'analyse, les auteurs présentent les résultats sans mise en lien avec les chiffres. L'âge parental, l'éducation, le revenu, le genre parental féminin et le genre féminin chez l'enfant prédisent plus d'éducation et de surveillance. L'âge de l'enfant est lié à moins d'éducation, plus de rejet et plus de surveillance. L'âge parental est quant à lui, lié à moins de rejet. Les résultats mettent en évidence un changement dans ces symptômes entre la première (1998) et la seconde évaluation (2000) avec péjoration des problèmes d'internalisation et d'externalisation et moins de comportements <i>prosociaux</i> chez l'enfant.</p> <p>En lien avec les précédents résultats, l'éducation parentale et la surveillance prédisent moins de problèmes d'internalisation et d'externalisation et plus de comportements <i>prosociaux</i>. Le rejet parental prédit plus de problèmes d'internalisation et d'externalisation et moins de comportements <i>prosociaux</i>. L'âge parental et le genre parental féminin induisent plus de problème d'internalisation. Par contre, le genre féminin chez l'enfant prédit moins de problèmes d'externalisation. Les enfants de genre masculin semblent avoir plus de problèmes d'externalisation. L'âge parental, l'éducation parentale, le genre parental féminin et le genre féminin de l'enfant induisent plus de comportements <i>prosociaux</i>. L'âge de l'enfant est lié positivement au rejet parental et à la</p>

	surveillance mais négativement à l'éducation parentale.
Limites	<p>L'échantillon des parents est sous représenté au niveau paternel (330 pour 4184). Lors de l'analyse, les corrélations sont plus importantes chez les pères et nécessitent d'interpréter les résultats avec précaution.</p> <p>L'ensemble de r reste éloigné de la corrélation idéale (=1) mais reflète souvent une tendance, avec malgré tout un p significatif.</p> <p>Selon le questionnaire rempli par les enfants de Lempers & al. (1989), les résultats concernant la surveillance sont à prendre avec précaution avec une valeur de fiabilité assez basse ($\alpha=0.57$).</p> <p>L'évaluation des enfants se fait à posteriori de la première évaluation des parents, ce qui induit un manque de concordance des résultats et une perte de données.</p> <p>La seconde phase de l'analyse est très opaque. Les auteurs n'apportent aucune précision quant aux variables telles que l'âge des parents et des enfants ; l'éducation parentale ; le revenu, empêchant toute interprétation possible des lecteurs. L'utilisation de ces variables sans informations complémentaires apporte peu d'intérêt à l'étude.</p> <p>Il est difficile de savoir quel comportement parental (rejet, surveillance et éducation) induit le plus de difficultés chez l'enfant.</p> <p>Le rapport des parents, en lien avec leur humeur, peut exagérer la sévérité de l'évaluation des comportements parentaux (éducation, surveillance et rejet) des conséquences sur leur enfant.</p>

Ellenbogen M., Hodgins S., Walker C.-D., Couture S. & Adam S. (2006). Daytime cortisol and stress reactivity in the offspring of parents with bipolar disorder, <i>Psychoneuroendocrinology</i> , 31, 1164-1180.	
Type de recherche	<p>Etude avec un devis quantitatif avec analyse corrélacionnelle prédictive. Il s'agit d'une étude de cohorte longitudinale.</p> <p>But : mesurer le taux de cortisol présent dans la salive durant différent moment de la journée ainsi que la réponse de cortisol au stress psychosocial, des enfants de parent ayant un trouble bipolaire (n=29, âgés de 13 à 21 ans) en comparaison avec ceux d'enfants de parents normothymiques (n=29).</p>
Instrument de Mesure	<p>Evaluation diagnostique des enfants : <i>Structured Clinical Interview du DSM-IV ; Structured Clinical Interview du DSM-III ; Diagnostic Interview Schedule for Children ; Child Assessment Schedule</i>.</p> <p>Complétés par les participants : <i>Child Depression Inventory ; Penn State Worry Questionnaire for children ; Child Behavior Checklist ; Positive and Negative Affect Scale ; Rosenberg Self-Esteem scale ; Nowicki-Strick-land Locus of Control-Short Form ; High Schol Students Recent Life Experiences Questionnaire</i>.</p> <p>Evaluation du stress social chez les enfants au moyen d'un laboratoire : <i>Trier Social Stress Test</i>.</p> <p>Parents : version du CBCL pour les parents ; <i>Psychiatric Epidemiological Research Interview-Life Event Scale ; Daily Hassles and uplifts Scale</i>.</p>

	Tests statistiques selon ANCOVA et ANOVA, Pearson product.
Résultats et discussion	<p>Les enfants ayant un parent souffrant d'un trouble bipolaire ont un taux plus élevé de cortisol salivaire que le groupe contrôle. Ils ont également plus de problèmes sociaux, d'internalisation et d'externalisation.</p> <p>Le niveau de cortisol dépendrait du groupe, du genre (les filles ont un taux de cortisol plus élevé sur la journée, indépendamment du groupe) et de l'heure de l'échantillon. Le taux évolue pour chaque groupe en fonction de l'heure du prélèvement.</p> <p>Le taux de cortisol augmente durant le TSST pour l'ensemble des participants mais il n'y a pas de différence entre les groupes. L'absence de différence démontre que la réactivité au stress social n'est pas péjorée lors de ce laboratoire. Les résultats démontrent également une absence de différence selon l'âge et le genre des participants.</p> <p>Il y a un lien entre les affects positifs et la production de cortisol pour chaque groupe. La corrélation entre les affects négatifs et la production de cortisol est plus importante pour le groupe contrôle (p non significatif pour les enfants de parent ayant un trouble bipolaire).</p> <p>L'ensemble des corrélations entre le fonctionnement psychosocial (internalisation ; externalisation ; problème social ; symptômes dépressifs et anxieux ; affects positifs et négatifs ; difficultés quotidiennes ; les événements stressants de la vie) et le taux de cortisol restent très proche de l'absence de corrélation. 60 minutes après le réveil et à 15h de l'après-midi, il y a une corrélation entre les affects positifs et négatifs avec la production de cortisol.</p> <p>Selon le <i>Child Behavior Checklist</i> rempli par les enfants, il n'y a pas de différence entre les groupes pour l'estime de soi.</p>
Limites	<p>Les enfants proviennent de deux études précédentes. De plus, l'échantillon est de petite taille, inférieur à 30 participants.</p> <p>La présence de troubles psychiques chez certains enfants peut potentiellement faire évoluer le taux de cortisol. Sur les 29 enfants ayant un parent qui souffre d'un trouble bipolaire, 5 ont été diagnostiqués (dépression, anxiété et consommation de substance). Pour les enfants ayant un parent normothymique, 7 enfants ont également été diagnostiqués.</p> <p>La variation du taux de cortisol est multifactorielle, rendant difficile l'interprétation des résultats. Les chercheurs ont vérifié certaines variables potentiellement influentes telles que fumer, prendre la pilule ou l'alimentation.</p> <p>Le prélèvement de salive est réalisé à des heures fixes par les enfants à leur domicile, entraînant une subjectivité importante.</p> <p>Pour la description de l'environnement, l'enfant complète lui-même les différents questionnaires apportant une vision peu objective.</p> <p>Le prélèvement de cortisol, réalisée deux fois par jour, reste insuffisant pour les auteurs.</p> <p>Les auteurs démontrent le risque de développer une pathologie psychiatrique si le taux de cortisol est élevé durant l'adolescence. De plus, le stress n'induirait pas forcément une production de cortisol.</p>

Fraser, E. & Pakenham, K. (2009). Resilience in children of parents with mental illness : Relations between mental health literacy, social connectedness and coping, and both adjustment and caregiving. <i>Psychology, Health & Medicine</i> , 14(5), 573-584.	
Type de recherche	<p>Etude transversale, corrélative prédictive de devis quantitatif.</p> <p>But : examiner les corrélations entre les différents facteurs de résilience et la capacité d'ajustement et d'expérience de proche aidant (<i>caregiving</i>), d'enfants (n=44, âgés de 12 à 17 ans) ayant un parent souffrant d'un trouble psychique (43% dépressifs, 25 % bipolaires et 32% psychoses).</p>
Instrument de Mesure	<p>Chaque variable dépendante a été mesurée par des échelles spécifiques.</p> <p><i>Mental health literacy</i> (créé par les auteurs) : échelle qui évalue les connaissances et la <i>sensibilisation/conscience</i> des enfants concernant la maladie mentale du parent ;</p> <p><i>Social connectedness scale</i> (Lee et al., 2001) : échelle qui évalue le degré de liens sociaux ;</p> <p><i>Responses to Stress Questionnaire – Family Stress Version</i> (Connor-Smith et al., 2000) : échelle qui évalue les réponses adaptatives (<i>coping</i>) mobilisées par les enfants ;</p> <p><i>Children's Depression Inventory</i> (Kovacs, 1992) : échelle qui évalue la symptomatologie dépressive des enfants ;</p> <p><i>Satisfaction with Life Scale</i> (Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985) : échelle qui mesure la satisfaction de vie globale de l'enfant ;</p> <p><i>Strengths and Difficulties Questionnaire</i> (Goodman, Meltzert & Bailey, 1998) : évaluation du comportement et des difficultés émotionnelles des enfants ;</p> <p><i>The Young Caregiver of Parents Inventory</i> (créé par les auteurs) : échelle qui évalue les expériences de proche aidant de l'enfant.</p>
Résultats et discussion	<p>Une majoration des liens sociaux est associée à un meilleur degré d'ajustement de l'enfant et à moins d'isolement.</p> <p>Les connaissances de la pathologie psychique du parent augmentent le degré de maturité de l'enfant, mais ne sont que faiblement corrélées avec un meilleur ajustement.</p> <p>Une faible association bénéfique a été démontrée entre les stratégies d'adaptation primaires et secondaires, ainsi que l'expérience de proche aidant et d'ajustement. Alors que les stratégies d'adaptation de désengagement, de désengagement involontaire et d'engagement involontaire sont fortement corrélées à un mauvais ajustement et à une expérience de proche aidant difficile.</p> <p>Les résultats démontrent que des interventions auprès des enfants augmentent leur résilience.</p>
Limites	<p>Faible échantillon (n=44 enfants), avec 32% de parents souffrant d'une psychose.</p> <p>Les corrélations obtenues par les auteurs ne sont pas comparées avec un groupe contrôle.</p> <p>Les résultats peu significatifs (plus proches de 0 que de 1) entre les différentes variables dépendantes et le faible échantillon ne montrent</p>

	qu'un faible lien causal et non généralisable. Cette conséquence est due au faible échantillon et aux nombreuses interrelations entre les variables sélectionnées, qui n'ont pas été étudiées dans des recherches antérieures.
--	--

Fritsch, R., Montt, M.E., Solis, J., Pilowsky, D. & Rojas, M.G. (2007). Cómo es la salud mental de los hijos de madres deprimidas consultantes servicios de atención primaria? *Revista Médica de Chile*, 135, 602-612.

Type de recherche	<p>Etude transversale, descriptive et corrélacionnelle.</p> <p>But : évaluer la psychopathologie et le fonctionnement social d'enfants (n= 290) âgés de six à seize ans, vivant avec des mères souffrant d'un trouble dépressif et ayant un statut socio-économique moyennement bas à bas.</p>
Instrument de Mesure	<p>Enfants et adolescents : <i>Child Behavior Check-list</i> (CBCL) (Achenbach, 1991): échelle qui évalue la symptomatologie psychologique et comportementale.</p> <p><i>Escala Breve de Apreciación Psiquiátrica para Niños y Adolescentes</i> (EBA-NA) (Lachar et al., 2001): échelle qui évalue la symptomatologie psychiatrique.</p> <p><i>Escala Autoinforme de Ansiedad</i> (AA) (Birmaher et al., 1997): outil qui évalue la présence de symptômes anxieux.</p> <p><i>Cuestionario Depresión Infantil</i> (CDI) (Kovacs, 1992) : questionnaire qui évalue la présence de signes et symptômes dépressifs.</p> <p>Mères : <i>Mini International Neuropsychiatric Interview</i> (MINI) (Sheehan et al., 1998) : entretiens qui explorent les principaux troubles psychiatriques du DSM-IV.</p> <p><i>Escala de Depresión de Hamilton</i> : outil qui évalue l'intensité des symptômes dépressifs.</p>
Résultats et discussion	<p>Les résultats des différentes échelles démontrent que :</p> <p><i>Child Behavior Check-list</i>: 49.8 % des enfants présentent des symptômes psychiatriques globaux ; 62.2 % des enfants ont des symptômes internes (anxiété, plaintes somatiques) et 35.7 % des enfants présentent des symptômes externes (agressivité, conduites antisociales).</p> <p><i>Escala Breve de Apreciación Psiquiátrica para Niños y Adolescentes</i>: 51.9% des enfants présentent une symptomatologie psychiatrique ; 62.7% des enfants ont des symptômes anxieux et 25.9% des enfants présentent des symptômes dépressifs.</p> <p><i>Escala Autoinforme de Ansiedad</i>: 62.7% des enfants présentent de l'anxiété.</p> <p><i>Cuestionario Depresión Infantil</i>: 25.9% des enfants ont des symptômes dépressifs.</p> <p>Les résultats démontrent que la dépression maternelle est associée aux symptômes psychiatriques ainsi qu'aux symptômes internes et externes présents chez l'enfant. La dépression est un médiateur dans l'apparition de symptômes pathologiques chez l'enfant. Ces symptômes altèrent le</p>

	développement émotionnel et physiologique de l'enfant. La présence de symptômes psychiatriques globaux, internes et externes chez l'enfant est plus importante lorsque la mère est dépressive et qu'elle n'est pas active professionnellement (mère au foyer) que lorsqu'elle a une activité lucrative (emploi).
Limites	Le faible échantillonnage (n=290), la présence de « p », situés en dehors des seuils de validité et l'absence de groupe contrôle, demande d'interpréter les résultats avec prudence. L'unique intérêt porté aux centres de soins de premiers recours limite la diversité des données.

Garley, D., Gallop, R., Johnston, N. & Pipitone, J. (1997). Children of the mentally ill : a qualitative focus group approach. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 4(2), 97-103.

Type de recherche	<i>Focus group</i> qualitatif exploratoire et descriptif. Il s'agit d'une étude ethnographique longitudinale. But : explorer les expériences, les besoins et les perceptions subjectives des enfants (n= 6, âgés de 11 à 15 ans), ayant un parent souffrant d'un trouble de l'humeur (3 parents souffrant de dépression et 3 parents souffrant de trouble bipolaire).
Instrument de Mesure	<i>Focus group</i> effectués à raison de quatre entretiens filmés (une fois par semaine), qui ont chacun duré une heure. Ces entretiens semi-dirigés, ont été réalisés avec une série de questions ouvertes (élaborés par les auteurs) qui a permis de guider la discussion tout en obtenant de nombreuses réponses franches de la part des participants.
Résultats et discussion	Quatre thèmes principaux ont émergé de l'analyse des données. Le thème <i>compréhension de la maladie</i> , révèle des préoccupations de la part des enfants, telles que le divorce, la séparation familiale et la volonté de maintenir la structure familiale unie. Les enfants s'inquiètent concernant la transmission génétique du trouble de l'humeur ainsi que la manière dont la pathologie débute et évolue dans le temps. Ils pensent que les causes du trouble de l'humeur de leur parent sont dues à une mauvaise estime de soi, à une éducation trop rigide durant l'enfance et à des facteurs génétiques et environnementaux combinés. Les enfants sont tous avides d'informations concernant la pathologie du parent. Le thème <i>reconnaître les signes de la maladie</i> , indique que les enfants savent décrire et détecter les signes du trouble de l'humeur du parent. La notion de stress étant un des facteurs déclencheur de décompensation. Dans le thème <i>impact de l'hospitalisation</i> , les enfants sont soulagés et rassurés par la prise en soins de leur parent. Dans le thème <i>gérer la maladie</i> , les enfants énoncent les stratégies d'adaptations qu'ils mobilisent. Les amis, les activités extra-scolaires, ainsi qu'un groupe de parole sont des supports utiles. Les enfants évoquent le fardeau en lien avec leur dynamique familiale particulière, la notion de loyauté envers son parent et l'inversion des rôles (parents-enfants), incluant des responsabilités élevées par rapport à leur âge.

	<p>Dans ce même thème, les enfants sont au courant de la chronicité du trouble de l'humeur du parent, des bénéfices des traitements et du suivi par des professionnels de la santé.</p> <p>L'étude se termine par des recommandations émises pour d'autres enfants vivant des situations similaires, telles que l'élaboration d'un groupe de parole.</p>
Limites	Bien que la publication de cet article remonte à 1997, il fait partie des articles fondamentaux. La nature de cette recherche ainsi que ses résultats sont aujourd'hui totalement pertinents.

Gladstone, B., M., Boydell, K. M., Seeman M. V., McKeever P., D. (2011). Children's experiences of parental mental illness : a literature review. *Early Intervention in Psychiatry*, 5, 271-289

Type de recherche	<p>Revue de la littérature qualitative</p> <p>But : explorer le vécu de l'enfant qui a un parent souffrant de maladie mentale.</p>
Instrument de Mesure	<p>Utilisation de bases de données : Medical Literature Analysis, Retrieval System Online (MEDLINE), PsycINFO, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature, Sociological Abstracts, International Statistical Institute Web of Science, Applied Social Sciences Index and Abstracts. Le tout en anglais de 1997 à 2010.</p> <p>Basée sur 20 études.</p> <p>Les données sont analysées de manière interprétative et descriptive conduisant à des catégorisations ayant une bonne valeur exploratoire.</p>
Résultats et discussion	<p>Emergence de trois thèmes :</p> <p><i>L'impact sur la vie de tous les jours</i> aborde les perturbations au niveau des relations avec le réseau social, notamment concernant la vie à l'école. Certains enfants ont l'impression que la maladie a un impact sur leur travail à l'école, ils voient leurs performances académiques se détériorer, disent s'endormir en cours et subir des intimidations. Ils n'osent pas amener des amis à la maison et deviennent distants avec les pairs. Par contre, certains perçoivent l'école comme un refuge permettant de ne pas penser à ce qui se passe à la maison.</p> <p>Les enfants ressentent les perturbations du quotidien familial induites par le comportement imprévisible du parent. Ils évitent les endroits publics quand ils risquent d'être embarrassés par le comportement de leur parent. Certains auteurs expliquent que la discrimination sociale serait due à un manque de compréhension et à l'impuissance ressentie face à la situation difficile de ces enfants.</p> <p>Des problèmes en lien avec la stigmatisation sont rapportés. Elle provoque des sentiments de honte, d'embarras et de culpabilité. Les enfants rapportent avoir peur de leur parent lors des <i>mauvais jours</i>. Ils ressentent de la tristesse et de la peur pour la sécurité, le bien être et l'argent. Il se sentent coupable de la situation familiale.</p> <p>Les enfants ont peur de la séparation des membres de la famille. Il a été mis en évidence qu'ils se retirent de la relation avec les parents pour être plus indépendants mais cela peut engendrer des troubles du comportement. Néanmoins, certains s'engagent dans des activités de</p>

	<p>proche aidant pouvant engendrer un isolement des activités parascolaires et sociales.</p> <p>Les enfants avancent que la maladie a renforcé les liens familiaux ; ils ressentent de l'amour et de l'admiration pour leur parent qu'ils ne veulent pas dépendre de manière négative. Ils disent avoir reçu d'importantes leçons de vie.</p> <p>Dans le thème <i>s'adapter avec les expériences de tous les jours</i>, la manière dont les enfants gèrent les situations de tous les jours est abordée. La maladie est considérée comme un secret de famille. Les enfants essaient de sauver les apparences pour maintenir la stabilité personnelle et familiale. Ils se comparent aux autres enfants, vus comme <i>normaux</i>, afin de voir s'ils arrivent à gérer les situations. Ils mettent en balance les besoins de leurs parents avec les leurs. Une inversion est décrite par les enfants.</p> <p>Ils insistent sur l'importance d'avoir des amis de confiance.</p> <p><i>Comprendre la maladie mentale</i> : les auteurs mettent en évidence qu'une meilleure compréhension pourrait influencer de manière positive l'adaptation de l'enfant. Elle lui permettrait d'apprendre à ne pas se blâmer pour les problèmes des parents et de ne pas avoir des attentes irréelles en lien avec le rétablissement.</p> <p>Les auteurs affirment que les soignants doivent faire la différence entre ce que l'enfant veut savoir et devrait savoir. Ils doivent également connaître les raisons des questionnements. Il est nécessaire de mettre en place des interventions de psychoéducation et des groupes de soutien.</p>
Limites	<p>Certains auteurs n'explicitent pas le cadre théorique.</p> <p>Un manque de détails quant à la méthodologie est apparu dans quelques études.</p> <p>Des études étaient basées sur des données provenant d'adulte ayant vécu avec un parent malade. Pour d'autres, c'était les parents qui décrivaient le vécu de l'enfant. Rares étaient les études qui utilisaient des données d'enfants de moins de 19 ans.</p>

Jones S., Tai S., Evershed K., Knowles R. & Bentall R. (2006). Early detection of bipolar disorder : a pilot familial high-risk study of parents with bipolar disorder and their adolescent children, *Bipolar Disorders*, 8, 362-372.

Type de recherche	<p>Etude quantitative avec analyse corrélative prédictive. Il s'agit d'une étude de cohorte transversale selon les auteurs (plusieurs recension de données mais sur une semaine, une seule recension pour les différents questionnaires).</p> <p>But : évaluation de variables psychologiques (style de <i>coping</i>, attitudes dysfonctionnelles, comportements, stabilité de l'estime de soi et sommeil) des enfants de parent ayant un trouble bipolaire (n=25, âgés de 13 à 19 ans) en comparaison à des enfants de parents normothymiques (n=22).</p>
Instrument de Mesure	<p>Evaluation diagnostique des enfants : Schedule for Affective Disorders and Schizophrénia-Lifetime.</p>

	<p>Questionnaires demandant des données rétrospectives pour la plupart et sur 7 jours pour l'évaluation de l'estime de soi et des affects positifs et négatifs. Pour enregistrer leurs activités et leur sommeil, les enfants ont porté un actigraphe sous forme de montre pendant une semaine. Ils ont également rempli <i>The Pittsburgh Sleep Quality Index</i> pour le mois précédent concernant leur sommeil.</p> <p>Auto-évaluation par les enfants : <i>Dysfunctionnal Attitudes Scales</i> ; <i>Social Rhythm Metric</i> ; <i>BIS/BAS</i> (mesure inhibition/activation des comportements) ; <i>Response Styles Index</i> ; <i>Mood and Self-Esteem Diary</i> ; <i>Positive and Negative Affect Scale</i> ; <i>Rosenberg Self-esteem Questionnaire</i>.</p> <p>Tests statistiques selon ANOVA, Spearman's rho et Pearson.</p>
<p>Résultats et discussion</p>	<p>Sur 25 enfants de parent souffrant d'un trouble bipolaire, 14 présentent des signes de troubles de l'humeur contre 2 sur 20 pour les enfants de parent normothymiques (56% contre 9%). Cette sous-catégorie diagnostiquée est appelée <i>symptomatique</i> par les auteurs.</p> <p>Style de <i> coping </i> « ruminant » plus fort pour les enfants de parent ayant un trouble bipolaire. Il n'y avait pas de différence significative pour la prise de risque et le <i> coping </i> adaptatif.</p> <p>Il n'y a pas de différence pour l'activation/l'inhibition des comportements, la recherche du plaisir, le système de récompense et les attitudes dysfonctionnelles.</p> <p>Les enfants de parent ayant un trouble bipolaire vivent une importante instabilité de l'estime de soi et ont plus d'affects négatifs que le groupe contrôle.</p> <p>Les troubles du sommeil se manifestent surtout chez les enfants <i>symptomatiques</i> de parent ayant un trouble bipolaire. Les enfants <i>symptomatique</i> et <i>non symptomatique</i> de parent ayant un trouble bipolaire ont plus de difficultés de sommeil (score plus élevé) en comparaison au groupe contrôle. Pour la même comparaison mais pour les perturbations du sommeil, la différence est significative.</p> <p>Les enfants <i>symptomatiques</i> des parents souffrant de trouble bipolaire ont également plus de perturbations du sommeil que le groupe contrôle. Il y a également une différence entre les enfants <i>symptomatiques</i> et les <i>non symptomatiques</i> du groupe avec un parent malade ; également entre les <i>symptomatiques</i> de parent avec un trouble bipolaire et les <i>non symptomatiques</i> du groupe contrôle.</p> <p>L'analyse met en évidence une différence entre les trois groupes pour la <i>mauvaise forme</i> durant la journée avec un taux plus élevé pour les enfants ayant un parent avec un trouble bipolaire. Malgré l'évocation de difficultés avec le sommeil, ces enfants s'endorment plus vite que le groupe contrôle. Ils ont également moins de fragmentation de leur sommeil.</p> <p>Selon les données socio-démographiques, la majorité des parents souffrant de troubles bipolaires ne sont pas mariés ou en vie de couple. Ils ont également moins de travail à plein temps que le groupe des parents normothymiques.</p>
<p>Limites</p>	<p>L'échantillon est inférieur à 30 participants par groupe, ne permettant pas de généraliser les résultats.</p>

	<p>14 enfants de parent ayant un trouble bipolaire sont diagnostiqués avec des symptômes de trouble de l'humeur. Le diagnostic chez l'enfant peut être discutable même si les enfants symptomatiques semble avoir plus de difficultés dans les différents domaines. Il est difficile de savoir si les variables sont influencées par leur propre diagnostic ou celui du parent.</p> <p>Le recrutement apporte un biais de sélection car les parents font partie d'un groupe d'entraide améliorant les stratégies d'adaptation familiales.</p> <p>Les différentes variables proviennent du rapport des enfants ajoutant un biais de subjectivité aux résultats.</p> <p>L'évaluation rétrospective peut induire des pertes de données. De plus, l'évaluation des autres variables sur 7 jours ne permet pas d'avoir une représentation globale.</p>
--	---

Knutsson-Medin, L., Edlund, B. & Ramklint, M. (2007). Experiences in a group of grown-up children of mentally ill parents. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14, 744-752.

Type de recherche	<p>Recherche rétrospective de devis qualitatif.</p> <p>But : examiner l'expérience d'adultes (n=36, âgés de 19 à 38 ans) ayant grandi avec un parent atteint d'une pathologie psychiatrique (54.2% souffrent d'un trouble de l'humeur et 45.8% souffrent de psychose, de trouble anxieux, de trouble de la personnalité et de trouble alimentaire) et de collecter leurs opinions sur les services de soins psychiatriques.</p>
Instrument de Mesure	<p>Les participants ont été interrogés par le biais de questions ouvertes élaborées par les auteurs. Interview non détaillée dans l'étude.</p>
Résultats et discussion	<p>Deux thèmes principaux ont émergé de l'analyse des données</p> <p>Le thème <i>expériences d'hospitalisation du parent</i>, les enfants sont soulagés par le relais des professionnels de la santé. . D'autres évoquent un environnement hospitalier effrayant et déplaisant, ainsi qu'un manque de soutien et d'explications de la part des soignants. Certains retours à domicile trop précoces du parent, ont engendré des inquiétudes et des majorations de responsabilités de l'enfant.</p> <p>Dans le thème <i>expériences de vie avec un parent atteint d'une maladie psychique</i>, la santé, le bien-être et la peur que le parent ne reçoive pas les soins adéquats, sont des préoccupations relevées par les enfants. Ils sont également inquiets d'une potentielle tentative de suicide durant leur absence. Ils évoquent une majoration de leurs responsabilités au niveau familial et le support émotionnel fourni aux parents. Ils constatent se sentir plus matures que leurs amis du même âge. Des émotions négatives sont décrites par les enfants, ainsi, qu'une perte d'intérêt des activités qui d'ordinaire leur procuraient du plaisir et des symptômes physiques. Les enfants ressentent un sentiment de surprotection envers leur parent atteint d'un trouble psychiatrique, mais aussi de l'inconfort lorsque le parent a un comportement étrange ou inadapté à une situation.</p>
Limites	<p>Parmi les 36 participants sélectionnés, 54.2% ont un parent atteint d'un trouble de l'humeur et 45.8% ont un parent souffrant de psychose, de trouble anxieux, de trouble de la personnalité et de trouble alimentaire.</p>

	La deuxième limite concerne les expériences vécues qui émanent de souvenirs d'enfance pouvant être biaisées par le temps.
--	---

Langrock, A.M., Compas, B.E., Keller, G., Merchant, M.J. & Copeland, M.E. (2002). Coping with the stress of parental depression: parent's reports of children's coping, emotional and behavioral problems. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 31, (3), 312-324.

Type de recherche	<p>Etude corrélacionnelle descriptive.</p> <p>But : analyser les différentes stratégies adaptatives mobilisées par les enfants (n = 101, âgés de 7 à 17 ans) face au stress de vivre avec des parents souffrant de troubles dépressifs (n = 66).</p>
Instrument de Mesure	<p>Enfants et adolescents : <i>Child Behavior Checklist</i> (CBCL) (Achenbach, 1991) : échelle qui évalue la symptomatologie psychologique et comportementale.</p> <p>Parents : <i>Beck Depression Inventory-II</i> (BDI-II) (Beck, Steer, Ball & Ranieri, 1996) : outil qui évalue la présence de symptômes dépressifs.</p> <p>Parents, enfants et adolescents : <i>Responses to Stress Questionnaire</i> (RSQ) (Connor-Smith et al., 2000): instrument qui évalue les facteurs de stress ainsi que les réponses de l'enfant face à la dépression parentale.</p>
Résultats et discussion	<p>Les résultats mettent en évidence des corrélations entre les stratégies d'adaptation mobilisées et les symptômes internes ou externes (agressivité, anxiété, dépression) évalués chez les enfants.</p> <p>L'évitement et le déni diminuent l'utilisation des stratégies primaires (la résolution de problèmes et la régulation émotionnelle) permettant l'amélioration de la situation.</p> <p>La mobilisation du désengagement involontaire (l'évitement involontaire et les émotions paralysées) diminue l'utilisation des stratégies d'adaptation primaires et secondaires (l'acceptation et la restructuration cognitive).</p> <p>Plus l'enfant utilise les stratégies d'engagement involontaire (les ruminations et les actions impulsives) moins il accepte son quotidien (l'engagement secondaire) et moins il fait appel à l'évitement et au déni (le désengagement volontaire).</p> <p>La dépression parentale diminue l'utilisation chez l'enfant de stratégies primaires adaptatives.</p> <p>Les symptômes agressifs sont corrélés aux symptômes d'anxiété et de dépression, mais ils ne sont pas corrélés à la dépression parentale.</p> <p>La dépression parentale n'est pas corrélée avec les symptômes anxieux et dépressifs ainsi qu'agressifs.</p>
Limites	<p>Cette recherche s'intéresse uniquement aux récits des parents malades concernant les changements de comportements de leurs enfants. La fluctuation de la maladie peut influencer les données.</p> <p>L'absence de groupe contrôle, la présence de corrélations plus proche de 0 que de 1 ainsi que des <i>p</i> supérieurs ou égaux au seuil de validité demandent d'examiner les résultats avec prudence.</p>

Langrock, A.M., Jaser, S.S., Keller, G., Merchant, M.J., Benson, M.A., Reeslund, K., Champion, J.E. & Compas, B.E. (2005). Coping with the stress of parental depression II: adolescent and parent reports of coping and adjustment. <i>Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology</i> , 24, (1), 193-205.	
Type de recherche	<p>Etude corrélacionnelle descriptive</p> <p>But : analyser les expériences d'enfants (n = 78, âgés entre 10 et 16 ans) ayant des parents (n = 57) souffrant de troubles dépressifs. L'étude cible les réponses adaptatives et les symptômes anxieux, agressifs et dépressifs que vont exprimer ces enfants face au stress de vivre avec un parent malade.</p>
Instrument de Mesure	<p>Enfants et adolescents : <i>Child Behavior Checklist</i> (CBCL) (Achenbach, 1991) : échelle qui évalue la symptomatologie psychologique et comportementale.</p> <p><i>Youth Self-Report</i> (YSR) (Achenbach, 1991) : outil qui recueille les expériences du quotidien.</p> <p>Parents : <i>Beck Depression Inventory-II</i> (BDI-II) (Beck, Steer, Ball & Ranieri, 1996) : outil qui évalue la présence de symptômes dépressifs.</p> <p>Parents, enfants et adolescents : <i>Responses to Stress Questionnaire</i> (RSQ) (Connor-Smith et al., 2000): instrument qui évalue les facteurs de stress ainsi que les réponses de l'enfant face à la dépression parentale.</p>
Résultats et discussion	<p>Les résultats mettent en lien des corrélations entre le récit des enfants, les stratégies adaptatives mobilisées ainsi que les symptômes d'internalisation et d'externalisation.</p> <p>La stratégie secondaire (l'acceptation et la restructuration cognitive) est une réponse adaptée au stress tandis que l'engagement involontaire (les ruminations et les actions impulsives) est inadapté.</p> <p>Plus l'enfant utilise la stratégie de désengagement (l'évitement et le déni) et moins il met en place des stratégies d'adaptation primaires (la résolution de problèmes et la régulation émotionnelle) et secondaires.</p> <p>Le désengagement involontaire (l'évitement involontaire et les émotions paralysées) est présent lorsque l'enfant mobilise insuffisamment les stratégies primaires secondaires.</p> <p>Les ruminations et les actions impulsives (l'engagement involontaire) en excès diminuent l'accès aux stratégies primaires et secondaires.</p> <p>L'acceptation et les pensées positives (l'engagement volontaire) diminuent les symptômes dépressifs, anxieux et agressifs.</p> <p>Les symptômes agressifs sont corrélés aux symptômes d'anxiété ainsi que de dépression.</p>
Limites	<p>L'absence de groupe contrôle, la présence de corrélations plus proche de 0 que de 1 ainsi que des « p » supérieurs ou égaux au seuil de validité demandent d'examiner les résultats avec prudence.</p>

Lapalme, M., Hodgins, S. & Laroche, C. (1997). Children of parents with bipolar disorder : a meta-analysis of risk for mental disorders. <i>The Canadian Journal of Psychiatry</i> , 42, 623-631.	
Type de recherche	Meta-analyse, randomisée et contrôlée qui regroupe dix-sept études. But : examiner les taux de prévalence de développer un trouble mental chez des enfants (n= 973, âgés entre 5 et 21 ans) ayant des parents atteints de trouble bipolaire (n= 772) en comparaison à des parents sains (n= 626). Cette étude, qui met en lien la part génétique, tend à soulever l'influence que peut avoir la maladie bipolaire du parent sur le développement de son enfant.
Instrument de Mesure	Parents : <i>Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia</i> (Endicott & Spitzer, 1978) : outil qui contient des critères de diagnostic psychiatriques ainsi que des échelles d'évaluation des symptômes. <i>Structured Clinical Interview for DSM-IV</i> (Spitzer, Williams, Gibbon & First, 1992) : instrument qui évalue la présence d'épisodes psychopathologiques. <i>Current and Past Psychopathology Scales</i> (CAPPS) (Endicott & Spitzer, 1972) : outil qui évalue le fonctionnement social ainsi que la psychopathologie présente et passée. <i>Research Diagnostic Criteria</i> (Spitzer & Endicott, 1978) : support qui regroupe des diagnostics psychiatriques.
Résultats et discussion	Après l'analyse des données, cinq thèmes principaux émergent : <i>Le risque de développer un trouble mental</i> : 52% des enfants (n = 973) ayant des parents souffrant de troubles bipolaires peuvent présenter à leur tour un trouble mental par rapport aux enfants (29%) de parents sains. Les enfants ayant des parents atteints de troubles bipolaires ont 2,5 (RR) fois plus de risque de développer des troubles mentaux que les enfants de parents sains. <i>Le risque de développer un trouble mental ainsi qu'affectif</i> : 26,5% des enfants (n= 614) ayant un parent souffrant d'un trouble bipolaire présentent un trouble affectif contre 8,3% des enfants de parents sains. Les enfants ayant des parents souffrant de trouble bipolaire ont 4 (RR) fois plus de risque de développer un trouble affectif. <i>Le risque de développer un trouble bipolaire</i> : 5,4% des enfants (n= 795) présentent un risque de développer un trouble bipolaire par rapport aux enfants n'ayant pas de parents souffrant de troubles bipolaires. <i>Le risque de développer un trouble dépressif</i> : 8,5% des enfants (n = 350) ont plus de risque de développer un trouble dépressif face aux enfants (7,5%) de parents sains. <i>Le risque de développer un trouble mental sans trouble affectif</i> : 20,6% des enfants (n=505) présentent un risque de développer une maladie mentale sans risque de développer un trouble affectif. Les enfants de parents atteints de trouble bipolaire présentent un risque élevé de développer, durant l'adolescence ou à l'âge adulte, des troubles affectifs ou des troubles mentaux.
Limites	La diminution de la taille de l'échantillon des enfants, au cours de l'étude ;

	L'âge des enfants se situe en dehors de la zone à risque concernant l'apparition de symptômes psychiatriques ainsi que la pose d'un diagnostic.
--	---

LeFrançois, B. (2010). Distressed fathers and their children: A review of the literature. <i>International Journal of Social Psychiatry</i> , 58(2), 123-130	
Type de recherche	<p>La revue de la littérature recense 31 recherches de devis mixte publiées entre 1997 et 2010.</p> <p>But : évaluer les difficultés quotidiennes des pères atteints de pathologies psychiatriques et les répercussions sur la santé mentale de leurs enfants, potentiellement aggravées par les facteurs de pauvreté et d'isolement social.</p> <p>La revue de la littérature relate l'expérience du père et de son enfant liée à la stigmatisation de la pathologie mentale, le rôle de proche-aidant attribué à l'enfant, les stratégies adaptatives mobilisées par l'enfant et les aspects positifs de la relation père-enfant.</p>
Instrument de Mesure	<p>Les études ont été sélectionnées selon les résultats de bases de données (PubMed, Web of Science, Academic Search Premier, Wilson Omnifac, Social Services Abstracts, PsycINFO, CINAHL et Social Work).</p> <p>Les articles incluant uniquement les mères ou les abus de substances ont été exclus de la revue de la littérature.</p>
Résultats et discussion	<p>Les résultats prennent en compte les informations de huit thèmes relatives aux enfants ayant un père atteint d'un trouble psychiatrique.</p> <p>Dans le thème <i>risques pour la santé mentale de l'enfant</i>, lorsque le parent présente des compétences parentales déficientes, l'impact sur le développement de l'enfant peut être majeur, induisant des difficultés interpersonnelles et des troubles de l'attachement. La pathologie psychique induit une réduction des interactions relationnelles entre les parents et l'enfant, diminue la satisfaction de vie de l'enfant et fragilise sa santé physique. L'ensemble de ces difficultés ne sont que plus importantes si les deux parents sont touchés par un trouble mental. Les effets résultant de compétences parentales touchées par la maladie psychiques peuvent être tamponnés et évités lorsqu'un des deux parents présente une bonne santé mentale.</p> <p>Le thème <i>perspectives des enfants</i> explique qu'ils se sentent plus ignorés par leur parent atteint d'un trouble psychique et se voient dans l'obligation d'être plus matures par rapport aux autres enfants de leur âge.</p> <p>Le thème <i>risques</i> indique que les enfants vivant avec un parent ayant un trouble psychiatrique présentent des difficultés dans la gestion de leur quotidien et sont classifiés d'<i>enfants à risque</i>. Néanmoins, ils ne sont pas forcément à risque de dommages psychiques ou de souffrir d'une relation parent-enfant appauvrie.</p> <p>Le thème <i>résilience</i> met en lumière les facteurs protecteurs essentiels à l'égard des enfants ayant un parent atteint d'un trouble psychique. Il s'agit d'informations détaillées et adaptées sur la maladie mentale du parent, les relations intra-familiales et environnementales bienveillantes, ainsi qu'une implication dans le milieu scolaire et la pratique d'activités extrascolaires. Les enfants sont plus en mesure de s'adapter</p>

	<p>efficacement au sein de leur dynamique familiale perturbée lorsqu'ils obtiennent le support d'un adulte qui leur fournit des informations suffisantes et adaptées sur la maladie du parent. Les soignants doivent être capable de donner des informations détaillées et adaptées sur la maladie mentale du parent, ainsi qu'évaluer le degré de détresse du parent et de l'enfant.</p> <p>Le thème <i>stigmatisation</i> indique que les enfants ayant un parent atteint d'un trouble mental ont souffert d'expériences qualifiées de stigmatisantes voire discriminantes au sein de leur établissement scolaire ou dans leur communauté.</p> <p>Dans le thème <i>parentalité</i>, lorsque les enfants visitent leur parent hospitalisé, ils se sentent mal à l'aise et inconfortables percevant ces lieux d'inaccueillants.</p> <p>Le thème <i>proche aidant</i> explique que ces enfants endossent des responsabilités parentales au sein de sa famille. Ces tâches incluent entre-autre, prendre soin du parent tant au niveau personnel qu'émotionnel, s'occuper des corvées ménagères, ainsi que des frères et sœurs. Malgré une majoration des responsabilités, l'enfant n'est jamais considéré comme <i>parent</i> à part entière. Grandir avec un parent atteint d'un trouble psychiatrique favorise le développement positif de l'enfant, l'indépendance et une relation familiale qui rapproche ses membres. Cependant, si le rôle de proche aidant est présent sur le long terme ou de manière disproportionnée par rapport aux capacités de l'enfant, celui-ci peut être affecté dans son développement et ses expériences durant l'enfance. Les jeunes aidants demandent du soutien mais aussi de la reconnaissance.</p> <p>Les <i>recommandations</i> émises indiquent que l'investissement personnel de l'enfant au sein d'activités scolaires et extra-scolaires, le maintien de liens sociaux et les services de soins assurant la relève de la charge induite par le parent atteint d'une pathologie mentale ou tout autre support de soins à domicile à l'intention du parent, viseraient à répondre aux besoins et aux attentes des enfants. Les prestataires de soins doivent d'une part, créer et mettre à disposition des services adaptés aux besoins de ces enfants et d'autre part, les rendre plus accessibles.</p>
Limites	<p>La majorité des recherches sélectionnées ne séparent pas le genre masculin et féminin, ainsi les résultats évoqués s'appliquent tant aux pères qu'aux mères.</p> <p>La recension des articles incluent toutes les pathologies psychiatriques sans distinction du diagnostic (la dépression, les troubles bipolaires ou encore les psychoses) en fonction du résultat énoncé.</p>

Linnen A.-M., Rot M., Ellenbogen M. & Young S. (2009). Interpersonal functioning in adolescent offspring of parents with bipolar disorder, *Journal of Affective Disorders*, 114, 122-130.

Type de recherche	<p>Etude de devis quantitatif avec analyse corrélacionnelle prédictive. Etude de cohorte longitudinale.</p> <p>But : évaluation des schémas naturalistes du fonctionnement interpersonnel des enfants ayant un parent souffrant d'un trouble bipolaire (n=22, âgés de 15 à 25 ans) en comparaison à des enfants de</p>
--------------------------	---

	parents normothymiques (n=23).
Instrument de Mesure	<p>Evaluation des enfants : <i>Structured Clinical Interview du DSM-IV ; Achenbach Youth Self-Report Form ; Beck Depression Inventory ; Child Depression inventory ; Penn State Worry Questionnaire.</i></p> <p><i>Itèmes de Moskowitz</i> (1994) : comportements sociaux (domination, querelleur et agrément).</p> <p><i>Grille de Moskowitz et Zuroff</i> (2005) : perceptions des autres.</p> <p><i>Likert Scale</i> : mesures des affects positifs et négatifs durant l'interaction sociale.</p> <p>Tests statistiques selon Chi square test, Z-score selon les instruments de mesure, ANOVA et MANOVA</p>
Résultats et discussion	<p>Querelleur : les participants hommes sont plus querelleurs que les femmes tout groupe confondu et également dans le groupe des enfants de parent ayant un trouble bipolaire.</p> <p>Agrément : les hommes sont moins en accord avec les autres que les femmes dans le groupe ayant un parent avec un trouble bipolaire.</p> <p>Domination : durant les interactions, les enfants de parents ayant un trouble bipolaire sont moins dominants que le groupe contrôle.</p> <p>Les enfants de parent ayant un trouble bipolaire ont plus de problèmes d'extériorisation (Z-score selon AYSR). Ils ont également plus de comportements agressifs et manifestent plus de délinquance. Par contre, ils ont moins de problèmes d'internalisation que le groupe contrôle.</p> <p>Absence de différences pour les problèmes d'internalisation et d'externalisation entre les genres.</p> <p>Selon la discussion, les auteurs démontrent que les enfants de parents souffrant d'un trouble bipolaire auraient un fonctionnement social efficace.</p>
Limites	<p>L'échantillon est inférieur à 30 participants pour chaque groupe, ne permettant pas une généralisation et une puissance des résultats. De plus, les enfants de parents ayant un trouble bipolaire ont plus de troubles affectifs que le groupe contrôle.</p> <p>La mesure des différentes variables est réalisée pendant 14 jours, ce qui est peu représentatif de la vie de l'enfant. Le recensement des données par des questionnaires remplis par les participants augmente la notion de subjectivité. La participation à l'étude est volontaire, présupposant une meilleure stratégie d'adaptation.</p> <p>Z-score selon les différents instruments de mesures, les données de l'enfant et de l'adulte ont été mis ensemble.</p>

Mordoch, E. & Hall, W.A. (2002). Children living with a parent who has a mental illness: a critical analysis of the literature and research implications. *Archives of Psychiatric Nursing*, 16, (5), 208-216.

Type de recherche	<p>Analyse critique de la littérature.</p> <p>But : relever les facteurs qui affectent le développement et le quotidien d'enfants ayant des parents souffrant de troubles dépressifs et</p>
--------------------------	--

	schizophrènes.
Instrument de Mesure	Non mentionné
Résultats et discussion	<p>Dans cette analyse, trois thèmes principaux sont mis en évidence :</p> <p><i>Complexité de la vie familiale des enfants</i> : les enfants sont confrontés à un quotidien difficile et instable. Malgré leur jeune âge, ils doivent gérer la maladie du parent et l'inclure dans leur propre développement. Par un manque de services communautaires, ces enfants doivent grandir et agir de manière autonome et indépendante.</p> <p><i>Caractéristiques individuelles</i> : au quotidien, les enfants sont exposés aux fluctuations de la maladie du parent provoquant une inversion des rôles (désengagement parental). Afin de maintenir un équilibre familial, les enfants assument de nombreuses tâches et responsabilités en sacrifiant leur enfance ou adolescence, tels que soignant ou cuisinier. Les enfants mal informés sur la maladie mentale du parent ont recours à des mécanismes de défense comme le déni, la distanciation ou l'intellectualisation du problème. Ils développent des stratégies individuelles inadaptées afin de surmonter les conséquences défavorables de la maladie du parent. Ces conduites peuvent avoir un effet négatif sur leurs relations interpersonnelles.</p> <p><i>Facteurs de protection</i> : les enfants développent des liens affectifs avec un substitut parental (les grands-parents, les tantes, les oncles ou les voisins) ou une personne externe à la famille. Ce système de soutien permet à l'enfant d'établir un meilleur équilibre entre les différents facteurs de risques ainsi que les facteurs de protection.</p>
Limites	<p>Le nombre de participants de chaque pathologie n'est pas spécifié rendant difficile l'extraction des données spécifique aux troubles de l'humeur.</p> <p>L'analyse se compose de nombreuses études, dont le nombre n'est pas indiqué.</p>

Mowbray, C., T., Mowbray, O., P. (2006). Psychosocial Outcomes of Adult Children of Mothers With Depression and Bipolar Disorder. *Journal of Emotional and behavioral disorders*, 14(3), 130-142.

Type de recherche	<p>Etude de devis mixte type rétrospective</p> <p>But : décrire le statut (emploi, niveau d'études, participation à des activités criminelles, problèmes de santé mentale et abus de substance) d'adultes (18 ans et plus) qui ont grandi avec une mère atteinte d'une maladie mentale de long terme (dépression majeur ou trouble bipolaire).</p> <p>Décrire les facteurs protecteurs et de risque de ces enfants adultes vécus lors de leur croissance, incluant les forces de la famille et le support social de l'enfance.</p> <p>Investiguer la relation entre les variables reflétant le statut de l'enfant adulte, les caractéristiques démographiques et clinique de la mère et les facteurs de risque et protecteurs vécu durant l'enfance.</p> <p>L'échantillon est composé 61 enfants adultes âgés entre 20 et 29 ans, dont 28 enfants ont une mère souffrant de dépression et 33 une mère</p>
--------------------------	--

	<p>souffrant de trouble bipolaire.</p> <p>6 des enfants participants étaient en prison et ont bénéficié d'une forme différente d'évaluation.</p>
Instrument de Mesure	<p>Des interviews permettent la collection de données chez les enfants adultes concernant les informations démographiques (âge, origine, niveau d'éducation, parcours professionnel, source de revenu autre que le travail, statut marital et le nombre d'enfants.</p> <p>Enfants adultes : le statut socio-économique est mis en évidence par <i>Four Factor Index of Social Position</i>.</p> <p><i>Satisfaction with Life Scale</i> ($\alpha = 0,80$) est une auto-évaluation permettant d'estimer le bien-être subjectif de la personne.</p> <p><i>State Hope Scale</i> ($\alpha = 0.63$) demande aux personnes d'évaluer l'état par rapport à leur probabilité de succès et d'achèvement de leurs buts.</p> <p>L'évaluation de la santé mentale est fait par <i>Symptom and Behavior Checklist</i> ($\alpha = 0.94$).</p> <p>Des sous-échelles ont été construites pour les problèmes relationnels ($\alpha = 0.87$), les problèmes de la vie quotidienne ($\alpha = 0,80$), les comportements à risque ($\alpha = 0,67$).</p> <p>L'évaluation des problèmes d'alcool est établie à l'aide de <i>Alcohol Use Disorders Identification Test</i> ($\alpha = 0,69$).</p> <p><i>Family Background Questionnaire</i> ($\alpha = 0.93$) évalue l'environnement de la famille au cours de l'enfance. Des sous-échelles ont été réalisées concernant les réponses paternelle ($\alpha = 0.93$) et maternelle ($\alpha = 0.92$) ; l'acceptation paternelle ($\alpha = 0.59$) et maternelle ($\alpha = 0.59$) ; l'implication paternelle ($\alpha = 0.79$) maternelle ($\alpha = 0.86$) dans l'éducation ; la prise de décision paternelle ($\alpha = 0.82$) et maternelle ($\alpha = 0.84$) ; la socialisation de l'enfant ($\alpha = 0.61$).</p> <p><i>Social Support Microsystems Scale</i> renseigne sur l'aide et le soutien reçu durant l'enfance par les membres de la famille, les amis et les gens de la communauté.</p> <p>Mères : le diagnostic des mères est déterminé par <i>Diagnostic Interview Schedule</i>.</p> <p><i>Drug Abuse Screening Test</i> renseigne sur les antécédents d'abus de drogue.</p> <p><i>Mental Illness Onset Versus Childbirth</i> évalue la relation entre le début de la maladie de la mère et la naissance de l'enfant.</p>
Résultats et discussion	<p>Les participants ont un regard positif sur eux-mêmes et présentent une adaptation positive. Ils ont peu ou aucune difficulté à gérer les domaines de fonctionnement de la vie étudiés (problèmes relationnels, problème de vie quotidienne, comportement à risque). Par contre, plus d'un quart rapportent des antécédents judiciaires et 38,2% des participants indiquent avoir eu recours aux services de santé mentale en tant qu'adulte (médicaments et services d'urgences psychiatriques).</p> <p>Les participants disent avoir eu de nombreuses sources de soutien au cours de leur enfance. Ils désignent leurs amis comme source de soutien la plus fiable puis viennent les grands-parents, les mères, les frères et sœurs et en derniers, les pères.</p>

	<p>La présence de soutien social au cours de l'enfance est liée à l'emploi dans la vie d'adulte, un meilleur statut socio-économique et une meilleure satisfaction de vie. Par contre, moins de soutien social engendre plus de risque d'avoir un passé criminel ou des problèmes relationnels.</p> <p>L'environnement familial, le soutien social et la connaissance du trouble de l'humeur de la mère influencent favorablement le devenir des enfants ; le contexte familial joue un rôle plus important que les symptômes de la mère.</p>
Limites	<p>Difficulté de généralisation car échantillon faible (n=61, dont 6 personnes étaient en prison et ont bénéficié d'un questionnaire différent des autres participants).</p> <p>Biais de sélection car les mères étaient recrutées par un système de santé mentale public d'une même région.</p> <p>La restriction de l'âge des enfants adultes s'est faite sur les 20-29 ans, cependant, cela introduit un facteur de confusion dans les données socio-économiques. Les personnes de 20 ans n'ont pas forcément terminé leurs études ou connu des problèmes avec la justice.</p> <p>Les auteurs utilisent des échelles dont la fiabilité est faible ($\alpha=0.59$).</p> <p>Elaboration de corrélation sans tenir compte des facteurs de confusion tels que le statut de minorité ethnique et l'environnement urbain économiquement perturbé.</p>

Ostiguy C. S., Ellenbogen M. A., Linnen A-M., Walker E. F., Hammen C. & Hodgins S. (2009). Chronic stress and stressful life events in the offspring of parents with bipolar disorder, *Journal of Affective Disorders*, 114, 74-84.

Type de recherche	<p>Etude quantitative avec analyse corrélacionnelle. Il s'agit d'une cohorte longitudinale avec un raisonnement hypothéticodéductif se basant sur la théorie de la génération du stress (Hammen, 1991).</p> <p>But : augmentation du savoir dans différents domaines du stress : chronique et épisodique chez des enfants (n=33, âgés de 13 à 26 ans) ayant des parents souffrant de trouble bipolaire comparés à des enfants de parents sains (n=37).</p>
Instrument de Mesure	<p><i>Structured Clinical Interview du DSM-IV</i> : permet l'évaluation et le diagnostic psychique des enfants âgés de 19 à 26 ans au moyen d'interviews semi-structurées.</p> <p><i>Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia</i> : permet l'évaluation et le diagnostic psychique des enfants âgés de 7 à 18 ans au moyen d'interviews semi-structurées.</p> <p><i>Interview UCLA Life Stress</i> : évaluation du stress chronique durant les six derniers mois et épisodique durant les douze derniers mois.</p> <p>Tests statistiques selon ANCOVAs, MANCOVAs et ANOVA.</p>
Résultats et discussion	<p>Par l'utilisation du coefficient de détermination, les auteurs démontrent que les variables du domaine interpersonnel et le domaine non interpersonnel semblent être des facteurs prédicteurs du stress chronique. L'ensemble des variables indépendantes (groupe, domaine interpersonnel et non interpersonnel) permettent d'expliquer à 40% le</p>

	<p>stress chronique dont le groupe est un facteur prédicteur important (16.6%). La variable du domaine non interpersonnel (14.6%) comprenant l'éducation et la santé de la famille semble plus stressante que le domaine interpersonnel (9.4%) regroupant la relation familiale et sociale.</p> <p>Les participants de sexe masculin vivent un stress chronique plus élevé. Les garçons de parent souffrant de trouble bipolaire ressentent plus de stress interpersonnel que le groupe contrôle.</p> <p>Les événements stressants indépendants (dont personne n'y a contribué) sont plus graves pour les enfants de parent souffrant de trouble bipolaire. Par contre, il n'y a pas de différences pour les événements stressants dépendants.</p> <p>Pour le stress chronique, les enfants de parent ayant un trouble bipolaire ont un niveau de stress plus élevé pour le domaine interpersonnel (amis proches, vie sociale, relation amoureuse et relation familiale) et non interpersonnel (éducation, travail, finances, santé personnelle et familiale). Le niveau de stress chronique est plus élevé que les groupes contrôles pour les relations familiales, les finances et la santé des membres de la famille. Les enfants de parent souffrant d'un trouble bipolaire ont tendance à avoir plus de stress pour la santé personnelle.</p> <p>Il n'y a pas de différence entre les groupes pour le domaine de la vie sociale, les amitiés et les relations amoureuses. De plus, ils ne vivent pas plus fréquemment des épisodes de stress.</p> <p>Les enfants de parent ayant un trouble bipolaire vivent des événements stressant plus sévères que le groupe contrôle.</p> <p>Les enfants de parents avec des troubles bipolaires sont sujets à vivre plus d'événements stressants dans le domaine interpersonnel, d'un impact modéré à sévère, que le groupe contrôle.</p> <p>Sur une année, les enfants ayant un parent souffrant d'un trouble bipolaire ont plus de risque de subir un événement de la vie modéré à sévère. De même, ils ont un facteur de risque plus élevé de vivre des épisodes stressants pour le domaine interpersonnel.</p>
Limites	<p>Il paraît difficile de rendre le stress quantifiable et généralisable, étant propre à chaque personne et multifactoriel. Il est difficile de savoir si le stress vécu est dû à la maladie du parent ou à d'autres causes (dynamique familiale ou caractère de l'enfant).</p> <p>La différence entre les genres doit être interprétée avec précaution à cause du nombre supérieur de garçons dans les participants. L'utilisation de la variable du genre n'apporte que peu d'intérêt à la problématique du stress.</p> <p>Sur l'ensemble des participants, trois garçons souffraient de troubles bipolaires (les auteurs ont réalisés les résultats en l'absence de ceux-ci, qui demeurent inchangés).</p> <p>Le faible échantillon ne permet pas de détecter de vraies différences entre les groupes. De plus, le nombre de participants dans le groupe contrôle est supérieur au groupe des enfants de parent souffrant de troubles bipolaires.</p> <p>Les résultats ne confirment pas la théorie de la génération du stress,</p>

	surement dû à la proportion féminine de l'échantillon.
--	--

Östman, M. (2008). Interviews with children of persons with a severe mental illness: Investigating their everyday situation. *Nordic Journal of Psychiatry*, 62, (5), 354-359.

Type de recherche	<p>Etude qualitative.</p> <p>But : explorer les expériences du quotidien de huit familles à travers les récits d'enfants et adolescents, âgés de dix à dix-huit ans, ayant des parents souffrant de troubles affectifs (n= 4) et de troubles schizophrènes (n=4).</p>
Instrument de Mesure	Interviews narratives complétées par des questions ouvertes sur les perceptions de la maladie du parent ainsi que sur le quotidien. Les données sont traitées par une analyse thématique qui permet et de catégoriser les résultats. Cette méthode permet l'émergence de thèmes.
Résultats et discussion	<p>Emergence de huit thèmes:</p> <p><i>Conversation</i> : les enfants éprouvent le besoin de pouvoir se confier à une personne de confiance. La parole est un moyen de communication qui soulage les angoisses. Les enfants insistent sur l'importance d'un lien social externe à la famille favorisant l'échange. Ce lien relationnel est considéré comme une forme de protection, car le parent sain peut ignorer ou rencontrer des difficultés face aux besoins de communication de son enfant. Le dialogue s'intègre dans un processus de soutien relationnel procurant une forme de soulagement.</p> <p><i>Amour</i> : les enfants ressentent de l'amour et de l'affection envers le parent malade, bien qu'ils soient exposés aux effets négatifs de la maladie du parent et aux contraintes du quotidien.</p> <p><i>Maturité</i> : ils font preuve de maturité afin de gérer les difficultés du quotidien et la maladie du parent.</p> <p><i>Peur</i> : la maladie mentale du parent induit chez les enfants des sentiments de peur et d'inquiétude. Ils sont souvent déstabilisés par l'opacité de la maladie et par les changements de comportement du parent malade.</p> <p><i>Blâme</i> : les enfants se reprochent la maladie mentale du parent. Ce processus est d'une part instauré par le parent sain culpabilisant l'enfant de ne pas assez soutenir et aider le parent malade et d'autre part ressenti par l'enfant estimant être la cause principale de la maladie mentale du parent. L'enfant renforce son sentiment de culpabilité, car le parent a été diagnostiqué à sa naissance.</p> <p><i>Solitude</i> : ils éprouvent un sentiment de solitude, par manque de communication avec une personne ressource.</p> <p><i>Stigmatisation</i> : les enfants ressentent un sentiment de stigmatisation et de mise à l'écart. Ces sentiments sont également renforcés par la confrontation des familles « saines » avec les familles « pathologiques ».</p> <p><i>Responsabilité</i> : ils sont confrontés à un manque de responsabilité de la part du parent malade allant à l'encontre des rôles parents-enfants.</p>
Limites	Les données retranscrites par les auteurs, peuvent entraîner un risque

	d'interprétation des récits.
--	------------------------------

Pihkala H., Sandlund M., Cderström, A. (2011). Children in Beardslee's family intervention : Relieved by understanding of parental illness. *International Journal of Social Psychiatry* 58(6), 623– 628.

Type de recherche	<p>Etude exploratoire de type qualitatif</p> <p>But : évaluer le vécu des enfants par rapport à l'intervention <i>Beardslee's family</i>. Evaluer l'impact sur les enfants et la famille.</p> <p>Etude sur 9 familles dont 14 enfants âgés entre 6 et 17 ans. L'échantillon des parents est composé par des 6 personnes souffrant de dépression et 3 de troubles psychotiques.</p>
Instrument de Mesure	<p>Interviews qualitatives avec question ouvertes.</p> <p>Les données sont analysées par la procédure suggérée par les auteurs Graneheim et Lundman (2004, cité par Pihkala, Sandlund, Cderström, 2011).</p>
Résultats et discussion	<p>Emergence de trois thèmes :</p> <p><i>Amélioration du savoir et plus d'ouverture pour la communication en regard de la maladie des parents</i> : il est important pour les enfants de connaître la maladie des parents et de voir que d'autres personnes souffrent de cette maladie. Il est primordial de prendre le temps d'informer.</p> <p>Les enfants ont une meilleure compréhension de la situation dans son ensemble. Les membres de la famille communiquent mieux et ont plus de facilité à aborder les différents sujets en lien avec la maladie du parent.</p> <p>Certains enfants ont osé parler de la maladie avec des personnes en dehors du noyau familial ce qui est considéré comme effet positif contre stigmatisation du parent par l'enfant.</p> <p><i>Sens du soulagement de l'enfant</i> : les changements sont survenus très vite après l'intervention. Les enfants ont moins de peur et d'inquiétude face à ce qui pourrait arriver à leur parent. Ils n'ont plus besoin de le surveiller et peuvent passer plus de temps avec leurs amis. Des arrangements pratiques ont été conclus avec les professionnels afin de soulager les enfants des responsabilités excessives.</p> <p>Quand les symptômes sévères durent trop longtemps l'intervention à moins de bénéfice.</p> <p><i>Parents plus forts</i> : les parents décrivent un soulagement de la mauvaise conscience, du sentiment de culpabilité et de honte. Ils sentent un renforcement de la confiance en soi et plus de maturité chez leur enfant.</p> <p>Les parents sont plus capables de se relaxer et d'être avec leur enfant. Ils sentent une réduction de l'autostigmatisation.</p>
Limites	<p>L'intervalle entre l'intervention et l'interview a pu être long engendrant une perte de détails. De plus, les questions d'interview ne sont pas explicitées.</p> <p>L'échantillon est faible et est composé de personnes souffrant de</p>

	trouble de la lignée psychotique L'âge des enfants n'est pas précisé.
--	--

Reichart, C., Van der Ende, J., Wals, M., Hillegers, M., Nolen, W., Ormel, J. & Verhulst, F. (2007). Social functioning of bipolar offspring. <i>Journal of Affective Disorders</i> , 98, 207-213.	
Type de recherche	L'étude descriptive corrélationnelle longitudinale. But : comparer le fonctionnement social de 140 enfants (âgés de 11 à 26 ans) ayant un parent atteint d'un trouble bipolaire avec 1122 enfants (âgés de 11 à 18 ans) et 1175 jeunes adultes (âgés de 18 à 26 ans) sélectionnés dans la population générale ayant des parents <i>sains</i> .
Instrument de Mesure	Evaluation effectuée en trois temps (au départ de l'étude T1, à 1 an T2 et 5 ans après T3). Seuls les résultats de T1 qui inclue les enfants âgés de 11 à 18 ans et T3 qui inclue les jeunes adultes âgés de 18 à 26 ans sont évoqués dans cette étude. Le fonctionnement social a été évalué par des échelles spécifiques. <i>The Child Behavior Checklist</i> (Achenbach, 1991) : effectué par les parents mesure les compétences et les difficultés émotionnelles et comportementales des enfants, dans quatre domaines : activités, social, scolaire et compétences totales ; <i>Youth Self-report</i> (Achenbach, 1991) : auto-évaluation des compétences et difficultés émotionnelles et comportementales des enfants 11 à 18 ans, dans quatre domaines : activités, social, scolaire et compétences totales ; <i>Teacher's report form</i> (Achenbach, 1991) : évaluation effectuée par les professeurs, concernant quatre domaines de performances académiques : force de travail, comportement adéquat, apprentissage et plaisir ; <i>Young adult self-report</i> (Allenbach, 1991) : auto-évaluation identique à <i>Youth self report</i> , mais concernant les jeunes adultes, âgés de 18 ans et plus.
Résultats et discussion	A T1 (au départ de l'étude), les enfants ayant un parent souffrant d'un trouble bipolaires, ont des scores plus élevés concernant la variable des activités que les jeunes du groupe contrôle. Aucune différence n'est émise concernant le fonctionnement social et scolaire entre les deux groupes. Des constatations semblables sont émises par les parents des participants concernant le fonctionnement social et scolaire. Les parents ne constatent aucune différence pour la variable <i>activités</i> entre les deux groupes. Les professeurs ne constatent pas de différence significative concernant les résultats scolaires des enfants et la capacité d'apprentissage entre les deux groupes. A T3 (5 ans après le début de l'étude) il semblerait que le niveau de fonctionnement social des jeunes adultes ayant un parent souffrant d'un trouble bipolaire, est identique à celui de la population générale. Seuls les résultats qui apprécient le degré d'entente général entre les

	membres de la famille (mère, père, fratrie), obtiennent un score plus défavorable chez les adolescents ayant un parent atteint d'un trouble bipolaire que les jeunes du groupe contrôle.
Limites	<p>La recherche évalue également le fonctionnement social des enfants souffrant d'un trouble bipolaire (n=44 à T1 et n=66 à T3). Néanmoins, seuls les résultats intégrant les enfants <i>sains</i> sont exposés.</p> <p>Le large éventail d'âge (11 à 26 ans) contraint les auteurs à utiliser plusieurs échelles adaptées au fonctionnement social des enfants selon leurs âges. L'utilisation de ces différents instruments induit des données différentes pour le groupe des enfants et adolescents (11 à 18 ans) et le groupe des jeunes adultes (18 à 26 ans).</p>

Silk, J., Shaw, D., Skuban, E., Oland, A. & Kovacs, M. (2006). Emotion regulation strategies in offspring of childhood-onset depressed mothers. <i>Journal of child psychology and psychiatry</i> , 47(1), 69-78.	
Type de recherche	<p>Etude corrélacionnelle prédictive de devis quantitatif.</p> <p>But : déterminer les stratégies de régulation des émotions mobilisées (<i>distraction active, focalisation sur un objet, attente passive, demande d'informations et réconfort physique</i>) entre un groupe d'enfants (n=49, âgés de 4 à 7 ans) ayant une mère atteinte de dépression et un groupe (n=37) ayant une mère saine.</p>
Instrument de Mesure	<p>Un laboratoire d'observation a permis aux chercheurs d'évaluer les comportements et les réactions des enfants durant deux heures et demie. Des scénarii, préalablement choisis par les auteurs et adaptés selon l'âge des enfants (groupe de 4 ans et groupe de 5 à 7 ans), ont été joués par les mères.</p> <p><i>Behavioral coding of child emotion regulation strategies</i> (Grolnick et al., 1996) : évalue les stratégies de régulation des émotions mobilisées par les enfants.</p> <p>Test statistique : les données ont été retranscrites par test ANOVA.</p>
Résultats et discussion	<p>Les enfants ayant une mère souffrant de dépression utilisent plus de stratégies de régulation des émotions qualifiées de <i>focalisation sur un objet</i> que les enfants ayant une mère saine. Les enfants des deux groupes mobilisent la <i>distraction active</i>. Les enfants plus âgés utilisent davantage les stratégies de <i>distraction active</i> que les jeunes enfants qui mobilisent plus la <i>focalisation sur un objet</i>.</p> <p>Les enfants ayant une mère dépressive et plus spécifiquement les filles, auraient un risque de déficit plus élevé dans la régulation des émotions tant au niveau comportemental que cognitif. Les résultats des garçons ayant une mère dépressive ne démontrent pas significativement la mobilisation de stratégies de régulation émotionnelle de <i>distraction active</i> ou <i>d'attente passive</i>.</p> <p>Les enfants ayant une mère atteinte de dépression auront plus de difficultés à gérer et décentrer leur attention d'un <i>stimuli</i> stressant et seront également moins flexibles dans leur habilité à déplacer et renforcer leur attention. Ces limitations peuvent se répercuter sur les compétences sociales de l'enfant.</p>
Limites	Le faible nombre d'enfants dans le groupe contrôle (n=37) par rapport

	<p>au nombre d'enfants ayant une mère souffrant de dépression (n=49), demandent d'interpréter les résultats avec prudence.</p> <p>La salle de laboratoire inconnue des enfants et le temps restreint ont peut-être contribué à biaiser les stratégies de régulation des émotions mobilisées par les enfants.</p> <p>La différence d'âge entre les enfants a nécessité l'adaptation des scénarii et des objets présentés, en fonction de leur stade de développement.</p>
--	--

Solantaus, T., Paavonen, E.J., Toikka, S. & Punamaki, R.-L. (2010). Preventive interventions in families with parental depression: children's psychosocial symptoms and prosocial behavior. <i>European Child & Adolescent Psychiatry</i> , 19, 883-892.	
Type de recherche	<p>Etude longitudinale, randomisée avec intervention. Devis quantitatif.</p> <p>But : prouver l'utilité des thérapies FTI (family talk intervention) et LT (Let's Talk about children) d'un point de vue préventif.</p> <p>L'échantillon est composé de 53 familles dont les enfants sont âgés de 8 à 16 ans</p>
Instrument de Mesure	<p>Enfants : la description des symptômes émotionnels, de l'hyperactivité, des comportements et des problèmes avec les pairs est faite à l'aide du <i>Strength and Difficulties Questionnaire</i> (SDQ) ;</p> <p>L'évaluation par les parents de la fréquence à laquelle les enfants expérimentent différents symptômes est établie par le <i>Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders</i> (SCARED).</p> <p>Parents : l'auto-rapport des symptômes dépressifs des parents est fait par le <i>Beck Depression Inventory</i> (BDI).</p> <p>La mesure de l'anxiété parentale est faite par le <i>Spielberg State Anxiety Inventory</i> (STAI).</p> <p>Les valeurs des α ne sont pas données pour ces échelles, cependant les auteurs affirment la fiabilité de leurs instruments.</p> <p>Le test statistique ANOVA est réalisé pour la comparaison des deux groupes.</p> <p>Elaboration d'une baseline puis réévaluation à 4, 10 et 18 mois.</p>
Résultats et discussion	<p>Les résultats ont dépassé le but initial des chercheurs qui était de prouver l'utilité des thérapies dans une perspective de prévention : les interventions des thérapies FTI et LT ont permis de réduire l'anxiété et d'améliorer les réponses émotionnelles ainsi que le comportement social.</p>
Limites	<p>Le pourcentage de personnes ayant refusé de participer était de 55-60% : ceci est expliqué par le fait qu'il est difficile d'avoir le consentement de tous les membres de la famille. 25% des personnes se sont retirées au cours de l'étude.</p> <p>Il n'y a pas de groupe contrôle.</p>

<p>Timko C., Cronkite R., Berg E. & Moos R. (2002). Children of Parents with Unipolar Depression: a comparison of stably remitted, partially remitted, and nonremitted parents and nondepressed controls, <i>Child Psychiatry and Human Development</i>, 32, 165 à 185.</p>	
<p>Type de recherche</p>	<p>Etude quantitative avec devis prédictif rétrospectif. Il s'agit d'une étude de cohorte longitudinale (10 ans). L'échantillon est composé d'enfants (âgés de 12 ans au début de l'étude), sous-catégorisés : enfants de parents <i>rétablis</i> (n=39), <i>partiellement rétablis</i> (n=104), <i>non rétablis</i> (n=38) en comparaison aux enfants de parents <i>sains</i> (n=180).</p> <p>But : comparer le fonctionnement familial et la santé de l'enfant ayant des parents dépressifs, durant les douze derniers mois, selon les différents stades de guérison du parent et un groupe contrôle, sans trouble psychique.</p>
<p>Instrument de Mesure</p>	<p><i>Depressive Symptoms Severity Index</i> : diagnostic parental pour différencier les différentes sous-catégories (rétablis, partiellement et non rétablis).</p> <p><i>Stevens and Featherman's index</i> : évaluation du statut social.</p> <p><i>Health and Daily Living</i> : évaluation de la santé et du fonctionnement de l'enfant ainsi que les disputes et les activités familiales.</p> <p><i>Family Environment Scale</i> : évaluation du fonctionnement familial (cohésion, conflit, indépendance et organisation).</p> <p>Tests statistiques selon ANOVA ; MANOVA et Chi test</p>
<p>Résultats et discussion</p>	<p>Après 10 ans, les enfants de parents dépressifs rétablis ont plus de détresse psychologique et de problèmes physiques que le groupe contrôle.</p> <p>Les enfants de parents dépressifs non rétablis ont plus de détresse psychologique que les enfants de parents normothymiques. Ils se sentent plus triste (35% contre 18%), avec plus de problèmes émotionnels (36% contre 10%), plus de problèmes de santé et de comportements à risque pour la santé. Ils ont plus souvent des rhumes et des refroidissements (72% contre 26%), de l'asthme (25% contre 9%), consomment plus d'alcool (19% vs 4%) et ont plus de problèmes académiques et de discipline. En comparaison au groupe d'enfants de parent rétablis et partiellement rétablis, ils présentent plus de détresse psychologique, de problèmes de santé physiques et comportementaux.</p> <p>Les enfants de parents souffrant de dépression partiellement rétablis ont plus de détresse psychologique, de problèmes de santé physique, d'anxiété (32% vs 15%), de tristesse (51% vs 27%) et d'allergies (61% vs 35% sur un an) en comparaison au groupe contrôle.</p> <p>Fonctionnement familial : les familles de parents rétablis ont un fonctionnement comparable aux familles du groupe contrôle sur les 10 ans de suivi excepté pour une plus faible indépendance et un taux plus élevé pour l'organisation.</p> <p>Les enfants de parents partiellement rétablis et non rétablis ont une dynamique moins cohésive, ont plus de conflits et sont moins organisés que la famille contrôle.</p> <p>La relation familiale comme prédicteur : la cohésion familiale après 10 ans explique la détresse psychologique, les problèmes de santé</p>

	<p>physique, les comportements à problèmes et les comportements à risque pour sa santé. Les conflits familiaux expliquent la détresse psychologique, les problèmes physiques et les troubles du comportement.</p> <p>Malgré le rétablissement plus ou moins important, les parents conservent des symptômes résiduels et des patterns dépressifs. Les parents partiellement rétablis et non rétablis ont des pratiques parentales pauvres et une relation pauvre avec leur enfant.</p> <p>Adaptation : de pauvres rapports familiaux sur 10 ans sont associés à une faible adaptation des enfants, en considérant la gravité de la dépression des parents.</p> <p>Interventions sur les conflits familiaux afin d'éviter le risque d'une faible adaptation psychosociale, renforcer les ressources telles que la cohésion entre frère et sœur et la famille au sens large afin d'augmenter leur résilience.</p>
Limites	<p>La santé et le fonctionnement familial sont rapportés par les parents et non par l'enfant. La description serait donc, selon les auteurs, plus pessimiste.</p> <p>Pas de considération individuelle pour les enfants de la même famille. Ils sont évalués en considérant que les deux vivent la même chose.</p> <p>L'échantillon provient d'une ancienne étude datant de 1983.</p> <p>Le suivi est peu constant avec des évaluations réalisées seulement trois fois à 1, 4 et 10 ans après le début de traitement (médicamenteux ou psychiatrique).</p> <p>FES : Les variables ont une fiabilité limite plus proche de 0.50 que de 1 : indépendance avec $\alpha = 0.51$ et organisation avec $\alpha = 0.66$</p> <p>L'ensemble des corrélations restent inférieur à $r = 0.35$.</p>

Walsh, J. (2009). Children's understanding of mental ill health : implications for risk and resilience in relationships. *Child and Family Social Work*, 14, 115-122.

Type de recherche	<p>Revue de la littérature.</p> <p>But : explorer la compréhension et la perception des enfants concernant la santé mentale de manière générale et plus précisément, la maladie mentale du parent. Cette revue regroupe de nombreuses études (de l'année 1993 à 2005) dont le nombre n'est pas indiqué.</p>
Instrument de Mesure	Non mentionné
Résultats et discussion	<p>Les enfants ressentent une inquiétude concernant la façon dont la maladie mentale du parent « débute » et comment avec le temps « elle s'en va ».</p> <p>Les enfants sont, pour la plupart, capables d'identifier les comportements dits « normaux » et « anormaux », exprimés par le parent malade. Ils présentent une bonne perception et compréhension de la maladie mentale du parent.</p> <p>Ils expriment le fait de vouloir recevoir plus d'informations sur les facteurs de causalité de la maladie du parent, sur la symptomatologie et</p>

	<p>sur les traitements.</p> <p>La compréhension des enfants concernant la maladie mentale du parent, leur permet de se détacher de la maladie, ce qui constitue un facteur de protection adapté. Le fait qu'ils soient capables de se séparer du comportement inefficace du parent dépend de leurs compétences cognitives, sécuritaires ainsi que de l'attachement tissé entre le parent et son enfant.</p>
Limites	<p>L'absence de précision concernant le type de maladie mentale dont souffrent les parents.</p> <p>La généralité des notions concernant la santé mentale, en début de revue, au détriment, de données ciblant les récits d'enfants exposés à la maladie mentale du parent.</p>