

Thérapie d'enfants ou thérapie de systèmes? Analyse des conditions de vie de mères venues consulter pour un enfant en pédopsychiatrie

Therapy for children or therapy of systems ? Analysis of the living conditions of mothers consulting for a child in pedopsychiatry

Julie Bourdon, Gisèle Lainé Ammara et Colette Sabatier

Volume 8, numéro 2, novembre 1983

Enfant et famille

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/030188ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/030188ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Bourdon, J., Lainé Ammara, G. & Sabatier, C. (1983). Thérapie d'enfants ou thérapie de systèmes? Analyse des conditions de vie de mères venues consulter pour un enfant en pédopsychiatrie. *Santé mentale au Québec*, 8(2), 100-109. <https://doi.org/10.7202/030188ar>

Résumé de l'article

L'objectif général de cette recherche est de mieux comprendre les liens qui existent entre les conditions matérielles, sociales et culturelles des familles et la santé mentale des enfants. En particulier, est-ce que les conditions de vie faites aux mères ont un impact sur la psychopathologie des enfants? Cette recherche dressera donc un profil social, économique et culturel des mères venues consulter en pédopsychiatrie à l'hôpital Maisonneuve-Rosemont. Les résultats obtenus permettront de réfléchir sur notre modèle d'intervention et d'interroger sa pertinence.

THÉRAPIE D'ENFANTS OU THÉRAPIE DE SYSTÈMES? ANALYSE DES CONDITIONS DE VIE DE MÈRES VENUES CONSULTER POUR UN ENFANT EN PÉDOPSYCHIATRIE

*Julie Bourdon, Gisèle Lainé Ammara, Colette Sabatier**

L'objectif général de cette recherche est de mieux comprendre les liens qui existent entre les conditions matérielles, sociales et culturelles des familles et la santé mentale des enfants. En particulier, est-ce que les conditions de vie faites aux mères ont un impact sur la psychopathologie des enfants? Cette recherche dressera donc un profil social, économique et culturel des mères venues consulter en pédopsychiatrie à l'hôpital Maisonneuve-Rosemont. Les résultats obtenus permettront de réfléchir sur notre modèle d'intervention et d'interroger sa pertinence.

«Les recherches en psychologie sociale, l'anti-psychiatrie, la psychiatrie radicale suivie de la thérapie féministe ont cerné la dimension sociale attenante à bon nombre de malaises psychologiques. Cette dimension est fondamentale parce qu'elle tient compte du fait que les individus ne vivent pas en vase clos, que leurs conditions de vie, les lois qui régissent leur société, leur environnement immédiat, influencent leur vie psychique.»

*Conseil du Statut de la femme
(1981, 162).*

DESCRIPTION ET OBJECTIFS DE LA RECHERCHE

L'objectif général de cette recherche est de mieux comprendre les liens qui existent entre les conditions matérielles, sociales et culturelles des familles et la santé mentale des enfants. En particulier, est-ce que les conditions de vie faites aux mères ont un impact sur la psychopathologie des enfants? Cette recherche dressera donc un profil social, économique et culturel des mères venues consulter en pédopsychiatrie à l'hôpital Maisonneuve-Rosemont. Les résultats obtenus permettront de réfléchir sur notre modèle d'intervention et d'interroger sa pertinence.

* Les auteurs travaillent comme psychologues et psychomotricienne en pédopsychiatrie à l'hôpital Maisonneuve-Rosemont. Elles remercient monsieur Azzedine Ammara pour son aide précieuse concernant le traitement statistique.

1. Définition de l'échantillon

Le secteur géographique desservi par la clinique externe de pédopsychiatrie de l'hôpital Maisonneuve-Rosemont est défini par les rues Bélanger au nord, Langelier à l'est, Sherbrooke au sud et Papineau à l'ouest. Ce territoire correspond aux secteurs géographiques des C.L.S.C. Rosemont I et II et une partie du secteur Lafontaine Nord. Sur une échelle indiciaire socio-économique de 1 à 12, ces secteurs se situent respectivement à 8,5, 10 et 10,3. L'indice médian pour la ville de Montréal se situant à 8,6, ces secteurs peuvent donc être considérés comme relativement défavorisés sur le plan économique. Toutes les statistiques utilisées au cours de la recherche comme base de comparaison avec cet échantillon sont puisées dans le «dossier population du Centre de services sociaux du Montréal Métropolitain (1981 et 1982)». Elles concernent donc la population compilée des secteurs Rosemont I et II et Lafontaine Nord. D'autres données sont puisées dans «Chiffres en main – statistiques sur les québécoises» (Conseil du statut de la femme, 1981) et concernent cette fois toutes les femmes du Québec.

La recherche s'est échelonnée sur une période d'un an, soit du 1^{er} décembre 1981 au 30 novembre 1982, et a rejoint 117 enfants âgés de 2 mois à 18 ans.

2. Cueillette des données

La cueillette des données s'est faite en deux temps. Les renseignements sur l'état civil, la

situation familiale, la référence et les motifs de consultations ont d'abord été relevés dans les dossiers des enfants ouverts en pédopsychiatrie. Ensuite, les thérapeutes des enfants ont été rencontrés individuellement par les chercheurs et ont communiqué des informations recueillies en cours de traitement. Toutes ces données ont été compilées de façon anonyme et un traitement informatique en a été fait.

ANALYSE DES DONNÉES

La compilation des données et l'analyse qui en a été faite ont porté sur un certain nombre de points : le sexe, l'âge et le statut légal de l'enfant, le suivi du cas, l'âge de la mère et son statut matrimonial légal et de fait, la nationalité d'origine des parents, la scolarité et le niveau socio-professionnel de la mère et du père, le niveau d'isolement psychologique et social de la mère, la violence familiale et la psychopathologie de l'enfant.

1. Le sexe, l'âge et le statut légal de l'enfant

Les garçons représentent 66,7% de l'échantillon et les filles, 33,3%. La grande fréquence des garçons par rapport aux filles est un phénomène bien connu et maintes fois relevé en pédopsychiatrie.

Les enfants de l'échantillon ont une filiation naturelle dans 85,3% des cas. Nous ne connaissons pas l'information dans 11,3%. Il y a par ailleurs 3,4% d'enfants adoptés. On sait que plusieurs études voient dans l'adoption un facteur de risque psychiatrique.

Les fréquences maximales de demandes de consultation semblent se situer à 4 âges critiques : à 5 ans, l'enfant et la mère subissent la séparation due à l'école maternelle; entre 7 et 8 ans, on retrouve l'inquiétude suscitée par les premiers échecs scolaires; à 12 ans, se situent les manifestations d'opposition de l'adolescence et les difficultés scolaires liées à l'entrée au secondaire; et à 15 ans, on signale des crises d'identité et diverses formes de pathologies graves de l'adolescence (drogue, suicide, anorexie).

2. Suivi du cas

Les enfants qui consultent en pédopsychiatrie poursuivent le traitement de façon très majoritaire. Toutefois, un certain nombre d'entre eux ne pour-

suivent pas après une première évaluation soit parce qu'il n'y a pas nécessité, soit par abandon, soit parce qu'ils sont référés à d'autres services. Il faut, par contre, noter que 21,6% d'enfants ne se sont pas présentés à une première évaluation. Une demande sur 5 n'est pas menée à son terme par la famille ou l'enfant.

3. L'âge de la mère et son statut matrimonial

Quatre pour cent des dossiers n'indiquent pas l'âge de la mère; 4,5% des mères ont de 20 à 24 ans; 81,9% des mères de l'échantillon ont de 25 à 44 ans et seulement 9,6% ont plus de 45 ans. L'analyse des statuts matrimoniaux légaux et de fait des 142 mères disponibles montre que 47,2% des femmes de l'échantillon sont mariées; 15,5% séparées; 16,2% divorcées; 3,5% veuves; 4,2% remariées; et 13,4% célibataires. La catégorie célibataire est la plus diversifiée dans ses modes de vie et ses orientations sexuelles alors que les veuves vivent seules. Il y a des différences importantes entre ces données et la population globale du secteur. En effet, 62,6% de la population est mariée; 6,18% veuve; 2,77% séparée, et 0,88% divorcée. La différence est également importante entre l'échantillon et l'ensemble des femmes québécoises (Statistique Canada, Recensement du Canada, 1976)

4. La nationalité d'origine des parents

Le secteur desservi par l'hôpital Maisonneuve-Rosemont comprend un certain nombre de néo-canadiens d'origines ethniques diverses. Dans tous les cas, les enfants issus de ces familles qui venaient consulter étaient nés au Canada. On relève 85% de Canadiens français, 3,1% de Canadiens anglais, 3,1% d'Haïtiens, 3,6% d'Italiens, 1,3% de Français, 1,3% de Portugais et 2,6% de différents pays d'Amérique latine. Dans la population globale du secteur on retrouve 85,4% de Canadiens francophones, 8,9% de Canadiens anglais, 2,16% d'Italiens et 0,26% de Portugais. Les autres origines ethniques n'apparaissent pas dans les données statistiques du C.S.S. M.M.

5. La scolarité et le niveau socio-professionnel de la mère et du père

Chez certains, les niveaux de scolarité ont pu être retrouvés par recoupement avec la profession.

Ils n'ont pu être déterminé chez 26,5% des mères et 42,9% des pères; 75,4% des mères et 69,2% des pères n'ont pas un degré d'éducation supérieur au secondaire; 13,8% des mères et 11,9% des pères ont fréquenté le collégial; 10,8% des mères et 18,9% des pères ont un niveau universitaire. Ces chiffres correspondent sensiblement au niveau de scolarité de l'ensemble des femmes du Québec (Statistique Canada, Recensement, 1976).

Pour établir les niveaux socio-professionnels des mères et des pères, nous avons tenu compte à la fois de l'occupation et de la profession. Onze femmes déclarent exercer une profession tout en étant à la maison. La répartition des mères et des pères selon l'occupation est la suivante : 4,8% des mères et des pères sont aux études; 56,9% des mères et 12,2% des pères sont à la maison; 27,3% des mères et 85,5% des pères travaillent à temps plein; 11% des mères et 1,5% des pères travaillent à temps partiel. Dans la population du Québec, 46% des femmes sont en activité, c'est-à-dire près de 20% de plus que dans notre échantillon (Statistique Canada — la population active, décembre 1980).

Les catégories professionnelles ont été classées selon l'indice d'Hollingshead (1957). Nous retrouvons 38% des mères et 43,8% des pères dans des postes semi-spécialisés et non spécialisés; 47,3% des mères et 43,7% des pères occupent des postes de main-d'œuvre spécialisés, de travail de bureau, de technicien. Ils peuvent être des propriétaires de petites entreprises ou ils pratiquent des professions mineures; 14,8% des mères et 12,5% des pères pratiquent des professions libérales, se retrouvent dans les cadres supérieurs ou sont propriétaires de moyennes entreprises.

Ces informations socio-professionnelles ne seraient pas complètes si on n'y ajoutait pas les sources de revenu des familles cibles. En effet, il est intéressant de constater que si 87% des pères travaillent à temps plein ou à temps partiel, seulement 45,5% d'entre eux subviennent aux besoins de leur famille, directement ou par le biais d'une pension alimentaire.

Les sources de revenu proviennent parfois conjointement du travail du père et de la mère ou du travail de la mère et d'une pension alimentaire; ceci explique que le tableau 1 soit calculé sur 180 sources de revenu différentes.

TABLEAU 1
Les sources de revenu familial

Sources de revenu	Fréquence absolue	Fréquence relative
Travail du père ou du concubin	60	33,3%
Travail de la mère	48	26,7%
Pension alimentaire	22	12,2%
Chômage	6	3,3%
Bien-Etre Social	44	24,5%
Total	180	100%

Dans le secteur, la population globale comporte 23,8% de personnes sans revenu; 20,73% ont moins de 2 000\$ de revenu et seuls 3% ont de 10 à 15 000\$ et 0,85% dépassent 15 000\$ (Statistiques, C.S.S.M.M.).

6. L'isolement psychologique et social de la mère

Ces femmes pour lesquelles ont été établis des profils socio-économiques vivent deux autres situations dont il ne faudrait pas négliger l'impact sur le niveau de stress et la qualité relationnelle vis-à-vis des enfants. Ce sont d'une part les responsabilités psychologiques totales ou partagées face aux rôles parentaux et à l'éducation des enfants et, d'autre part, la participation sociale ou l'isolement. On peut ainsi constater qu'une femme sur 2 peut compter sur le support psychologique du père, et une sur deux sur des amis ou parents. Une femme sur deux noue des relations à l'extérieur. Par contre plus d'une femme sur cinq doit faire face seule aux rôles parentaux.

7. La violence familiale

Dans les dossiers, nous relevons la notion de violence sous diverses formes. On sait que la violence déclarée n'est qu'une pointe de l'iceberg de la violence réellement exercée. Les cas répertoriés (tableau 2) sont donc simplement ceux pour lesquels la mère ou l'enfant a mentionné les

TABLEAU 2
*Structure de la violence physique par rapport au total des situations de violence**

Violence émanant du :	Violence dirigée vers :			Total
	Père	Mère	Enfant	
Père	N : 0 0	N : 31 32%	N : 21 21%	53%
Mère	N : 7 7,3%	N : 0 0	N : 10 10,4%	17,4%
Enfant	N : 0 0	N : 3 3,1%	N : 7 7,3%	10,4%
Total	7,3%	35,1%	38,7%	

* La violence verbale représente 17,8% des situations de violence et n'est pas incluse dans ce tableau.

comportements de violence. Plusieurs situations de violence peuvent exister à l'intérieur d'une même famille et les 96 cas de notre échantillon touchent en fait 65 familles soit 36,7% de notre population. Cette proportion est supérieure aux estimations projectives des services sociaux qui considèrent, qu'au Québec, 1 femme sur 10 subit des violences conjugales. Le profil des femmes battues tel que défini par Carrier et Michaud (1982) ressemble à celui de notre échantillon : une femme mariée de 25 à 40 ans, au foyer ou ouvrière non spécialisée, ne dépassant pas un niveau scolaire secondaire et ayant en moyenne 2,5 enfants.

Dans ce tableau, on voit alors se dégager une concentration de violence vers la mère et les enfants et cette violence origine majoritairement du père.

Souvent très liées avec les phénomènes de violence, il faut aussi relever les situations d'alcoolisme et de toxicomanies diverses. Quatre pour cent des mères, 12,4% des pères et 0,6% des enfants sont alcooliques; 2,3% des mères, 1,1% des pères et 0% des enfants sont toxicomanes aux médicaments; aucun des deux parents ne prend d'autres drogues alors que 2,8% d'enfants en prennent.

8. Psychopathologie de l'enfant

Si on cherche à tracer un portrait socio-économique et culturel des mères, c'est pour pouvoir le mettre en relation avec la symptomato-

logie présentée par les enfants et de ce fait vérifier ou infirmer nos hypothèses. Les diagnostics posés pour les enfants de la recherche l'ont été par les thérapeutes qui en ont la charge et reflètent leur impression clinique. Cependant, pour 44 enfants, aucun diagnostic n'est mentionné, soit parce que les enfants n'avaient pas été évalués ou qu'on n'avait pas donné suite à leur demande. Les catégories retenues sont celles le plus fréquemment rencontrées en pédopsychiatrie (tableau 3).

Les troubles de développement, les troubles réactionnels, les troubles de comportement et les carences affectives sont des pathologies qui peuvent être rapprochées, vu l'importance capitale des

TABLEAU 3
Fréquence des diagnostics posés

Diagnostics	Fréquence absolue	Fréquence relative	Fréquence relative ajustée
Pas de diagnostic connu	44	24,8%	—
Troubles du développement	16	9%	12%
Troubles réactionnels	51	28,8%	38,3%
Troubles du comportement	17	9,6%	12,8%
Carence affective	7	4%	5,3%
Troubles névrotiques	25	14,1%	18,8%
Troubles psychotiques ou pré-psychotiques	10	5,6%	7,5%
Déficience mentale	0	0%	0%
Troubles psychosomatiques	2	1,1%	1,5%
Autre pathologie	3	1,1%	1,5%
Pas de problème	2	1%	1,5%
Total	177	100%	100%

facteurs environnementaux et relationnels dans leur étiologie. Regroupés de cette façon, 68,4% des cas traités peuvent apparaître comme reliés autant à des facteurs externes qu'intrapsychiques.

Il faut aussi remarquer l'absence de diagnostic de déficience mentale. On peut l'expliquer ainsi : d'une part, les déficits intellectuels simples sont souvent diagnostiqués à l'école et ne sont pas référés en pédopsychiatrie ; d'autre part, les enfants présentant à la fois une pathologie de la personnalité et des déficits cognitifs plus ou moins sévères sont avant tout traités pour leurs troubles affectifs.

En résumé, nous pouvons tracer ainsi le portrait de la femme qui consulte en pédopsychiatrie. La femme qui consulte en pédopsychiatrie le fait pour un garçon d'âge scolaire ; elle poursuit le traitement en accord avec les thérapeutes. Cette femme a de 25 à 40 ans. Elle vit en relation conjugale légale ou de fait dans 70% des cas. C'est une canadienne française qui a un niveau de scolarité ne dépassant pas souvent le secondaire. Elle reste le plus souvent à la maison et si elle travaille, occupe des emplois peu spécialisés. Une sur 4 vit du bien-être social ; 1 sur 5 a la charge éducative totale. Une sur 2 n'a ni amis ni loisirs extérieurs. Une femme sur trois subit des violences physiques de son conjoint ou de ses enfants. Elle ne s'adonne pas aux diverses toxicomanies. Ses enfants traités vont présenter surtout des psychopathologies réactionnelles.

On voit ainsi apparaître au travers de ce portrait les lignes de réflexion que suscitent ces statistiques. C'est par une analyse socio-économique, socio-affective, socio-culturelle que nous allons pouvoir examiner la qualité relationnelle et le climat familial qui entourent les sujets de notre recherche.

INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS

1. Contexte socio-économique et qualité relationnelle parentale

Regarder le profil social, culturel et économique des mères qui consultent pour un enfant en pédopsychiatrie oblige à nous interroger sur les liens qui existent entre les conditions de vie, les contextes sociaux, et la capacité des mères à assumer leurs rôles parentaux et par là, à procurer à leurs enfants un environnement propice à leur

bien-être. En d'autres termes, ces conditions de vie ne font-elles pas courir à ces individus des risques plus élevés qu'à ceux dans la moyenne de la population? «De nombreuses études témoignent de la difficulté qu'il y a à estimer le risque psychiatrique qui pèse sur les enfants. Beaucoup de ces études tendent à montrer que le risque ne saurait être mesuré qu'à travers d'autres types de recherches que ceux concernant l'existence ou la non-existence de symptômes. Il s'agit : 1) des facteurs sociaux et culturels ; 2) de l'étude du fonctionnement mental... Le risque est donc le fait, au moins en partie des insuffisances de l'environnement familial, social et culturel». (Lebovici, Diatkine, 1980, 40).

Si on se réfère aux résultats de la recherche, on s'aperçoit que 75% des mères ont une scolarité inférieure ou égale au secondaire. Les recherches ont mis l'accent depuis longtemps sur les liens entre le niveau scolaire des parents et l'aptitude des enfants à apprendre à lire et à s'intégrer en milieu scolaire. On peut donc prévoir une difficulté pour ces femmes d'aller chercher aide, information etc. et de la répercuter sur leurs enfants. La capacité et l'habileté à éduquer l'enfant reposent bien sûr sur la qualité personnelle de la mère, ou du père, mais aussi sur l'environnement dans lequel se déroule cette éducation : «la qualité de l'environnement se mesure à sa richesse sociale, c'est-à-dire par sa capacité à aider le parent, en lui fournissant de l'information, du support émotionnel, de l'assistance ponctuelle ou régulière.» (Bouchard, 1981, 6). Cette qualité est rarement présente dans les milieux défavorisés où les diverses pauvretés culturelles et économiques se perpétuent.

Ces difficultés culturelles se retrouvent aussi chez les 12% de familles consultantes d'origines ethniques diverses dont les femmes doivent assurer le passage et le lien entre leur propre culture et celle de l'environnement, celle que leurs enfants intègrent à l'école, accélérant ainsi le processus de séparation mère-enfant. La conquête d'une identité que l'enfant acquiert par son contact avec les modèles parentaux va devenir problématique si les repères sociaux font défaut à la mère. Il est cependant intéressant de noter les 5% de mères retournées aux études qui manifestent ainsi une reprise en charge de leur développement individuel et de leur devenir.

À côté de cette pauvreté culturelle, la pauvreté matérielle est majoritairement présente. Une femme sur quatre doit sa survie au bien-être social. Seuls 12% des pères assurent une pension alimentaire à leurs enfants alors que 32% des familles sont dissociées; et nous ne comptons ici ni les veuves ni les célibataires qui doivent aussi assurer la subsistance de la famille. Cette importance de la misère a été souvent relevée dans les études sur différents troubles psychopathologiques de l'enfant.

«Les enfants atteints de troubles du comportement habitent à la fois dans les quartiers défavorisés du point de vue socio-économique et dans des quartiers caractérisés par la grande fréquence de familles dissociées par rapport aux familles normales.» (Chombart de Lauwe, 1973, 66).

Dans la même étude, Chombart de Lauwe, étudiant cette dissociation familiale souligne le caractère répétitif qu'elle peut prendre dans un contexte de pauvreté. On observe alors un processus de répétition du phénomène de génération en génération et les enfants issus de ces milieux développent un sentiment d'insécurité et des troubles psychopathologiques qui, à l'âge adulte, rendront difficile la constitution d'un foyer stable et augmenteront le risque de dissociation.

Les familles vivant cette misère chronique ont de grandes difficultés à pouvoir y remédier. D'une part la crise économique actuelle ne favorise pas la recherche de solutions et, d'autre part, s'installent des comportements psychopathologiques, des sentiments de dévalorisation, de perte d'identité et de dépression, qui bloquent toute possibilité d'initiative. Et cette durée de la situation représente en elle-même le risque le plus élevé pour l'enfant. «Ceux qui ne connaissent aucune vicissitude sont exceptionnels. Si les périodes de crise comportent quelques risques pour l'enfant, ce qui est apparu, dans notre étude longitudinale, le plus menaçant pour l'enfant, est la chronicité ou la répétition des vicissitudes» (Chiland, 1980, 54).

2. Isolement et pathologie des relations

Pauvreté économique et pauvreté culturelle créent des conditions de stress qui se répercutent sur l'ensemble de la vie relationnelle de la famille. En effet, si vivre du bien-être social entraîne le souci de la subsistance et de la survie immédiate, il

entraîne aussi une dévalorisation de l'image de soi et réduit considérablement l'accès à des contacts sociaux, des rencontres, des loisirs. Or, ces activités pourraient soutenir la famille, dont la mère, sur les plans matériel et émotionnel et, de ce fait, pallier certaines carences ou incompétences personnelles. Mère et enfant souffriront donc de la restriction des contacts sociaux. Lorsque nous examinons notre échantillon, nous nous apercevons qu'une femme sur 2 ne bénéficie d'aucune aide de la part de son conjoint ou du père de l'enfant et, 1 femme sur 5 doit assumer totalement la responsabilité de l'éducation de l'enfant et de son bien-être psychologique. On connaît, tant par les études psychanalytiques que cognitives, l'importance pour l'enfant d'une présence paternelle, tierce personne entre lui et sa mère, garant de l'intégration sociale et facilitateur dans la recherche et l'exploration du monde pour le jeune enfant. Le père joue un rôle dans le développement de l'enfant à la fois par les interactions directes avec lui et par l'influence qu'il exerce sur les relations mère-enfant. On sait que tous les troubles de comportement courants (désobéissance, agressivité, opposition, etc.) dont on rencontre un grand nombre de cas dans notre clientèle, sont plus fréquents en l'absence de figure paternelle.

En dehors du père, l'importance du réseau social familial joue lui aussi un rôle dans l'adéquation de la relation parent-enfant et dans le développement de l'enfant. La médiocrité des contacts sociaux des mères de notre échantillon entraîne une double conséquence. La mère ne peut être soutenue dans son évolution et bénéficier de secours, d'aide pour la résolution de conflits personnels ou éducatifs. De plus l'enfant est privé de l'apport de relations nouvelles. Bouchard (1981), rappelle en se référant à des nombreuses études que «les amis parentaux peuvent se montrer plus sereinement disposés à aider l'enfant à explorer de nouveaux jeux et de nouveaux environnements, à assouplir les contraintes disciplinaires et à le soutenir dans ses efforts de solution de problèmes. Le contact avec un réseau social d'adultes favoriserait également le développement social et affectif de l'enfant» (Bouchard, 1981, 5).

Or, différentes études tendent à prouver que plus les mères sont aux prises avec des problèmes graves, plus elles ont tendance à s'isoler complète-

ment de leur groupe social, aggravant de ce fait leur malaise et celui des enfants. Une intervention qui porterait sur l'insertion de ces femmes dans des groupes d'aide, de voisinage, de loisirs, etc. pourrait rompre le cercle vicieux de l'isolement.

3. La violence et la toxicomanie

Lors de nos évaluations, nous obtenons un nombre important de renseignements concernant le développement de l'enfant et de la dynamique familiale. Par contre nous avons peu d'informations concernant la violence et la toxicomanie. Nous avons tout comme les familles tendance à percevoir ces problèmes comme une réalité accidentelle, de caractère privé. Ce n'est qu'après avoir établi un lien de confiance avec nous que plusieurs femmes reconnaissent avoir subi une certaine forme de violence. Il est reconnu qu'au Canada, une femme sur 10 est battue de façon régulière (Mac Leod, Cadieux, 1980). Entre 1961 et 1974, 60% des victimes féminines d'homicides ont été tuées dans un contexte de violence familiale. Les thérapeutes ont découvert tout au cours de leur traitement que la violence physique touchait 65 familles soit 36,7% des familles de notre échantillon. La violence verbale représentait 17,8%. La violence psychologique a été ignorée dans nos compilations. Il est reconnu que les femmes violentées viennent de toutes les classes de la société.

Plusieurs facteurs incitent les femmes à ne pas dire d'emblée qu'elles sont victimes de violence. Elles sont dépendantes économiquement et affectivement. Elles craignent les représailles, la violence sociale et judiciaire.

Il faut situer ce problème dans le contexte général d'une société fondée sur des rapports de force. Tant que les femmes se considéreront comme des citoyennes de seconde classe et des femmes soumises aux travaux domestiques, elles seront davantage victimes d'actes de violence. Il faut noter que dans la majorité des familles où la femme subit des violences, on retrouve aussi des abus physiques vis-à-vis des enfants, abus venant du père ou de la mère. Les enfants vivent ainsi directement et par contrecoup les effets de la violence familiale. Ceci incite à revoir l'orientation du traitement à l'égard de ces problèmes. Selon

Carrier et Michaud (1982), les professionnels du secteur médical et des services psychiatriques sont les plus avares de suggestions sur l'amélioration des services offerts aux femmes battues. Nous serions les professionnels les moins sensibilisés à reconnaître l'émergence du problème et les moins concernés. Selon les auteurs, il faudrait nous sensibiliser davantage aux réalités sociales des femmes, et collaborer avec les services existants.

Nous retrouvons 17% de notre clientèle qui ont des problèmes d'alcoolisme soit 21,4% de pères, 4% de mères et 0,6% d'enfants. Ces chiffres vont dans le sens de l'étude faite par Chabot (1978) qui établit pour le Québec le rapport suivant, soit une femme alcoolique pour 3 hommes alcooliques. Il semble que les intervenants en santé et en service social explorent peu l'hypothèse de la surconsommation d'alcool et de médicaments psychotropes parmi leur clientèle (Carver, Huneault, Pinder, 1977). Psychologiquement, les femmes alcooliques et toxicomanes ont une image négative d'elles-mêmes. Leur anxiété est grande et elles se perçoivent comme moins compétentes. Elles ne voient pas comment elles peuvent changer leur vie et elles se sentent dépourvues de moyens. Ces caractéristiques que l'on retrouve chez beaucoup de femmes de notre recherche sont encore plus accentuées lorsque s'y greffent des problèmes de toxicomanies.

4. Rôles et climat familial

Le modèle de maternité reste ce qu'il a toujours été, c'est-à-dire la relation privilégiée d'une mère et de son enfant. Cependant la responsabilité éducative de l'enfant ne repose pas seulement sur la mère mais sur la famille entière. Une famille indépendante qui prend l'entière responsabilité de ses membres reste la cellule de base de notre société. Dans la recherche, ce sont majoritairement des familles qui consultent pour leurs enfants, soit 70,4% de familles dont les parents sont mariés ou vivent en concubinage; les femmes seules représentent 28,2% de notre échantillonnage; 1,4% de femmes homosexuelles nous consultent.

Lorsqu'une famille ne parvient pas à assumer ce rôle éducatif de façon adéquate, la société crée des ressources pour assurer le bien-être des enfants. Il est regrettable de voir qu'il faut attendre une situation de crise et l'intervention d'un travailleur

social pour que des mères puissent bénéficier d'une aide psychologique ou autre, et puissent aménager plus adéquatement leur relation à la société. Ce rôle de support des forces du moi ne devrait-il pas être une priorité de toute intervention préventive pour que les mères puissent rechercher dans leur milieu social les ressources dont elles ont besoin?

Quelque soit le statut légal et de fait de ces mères, la société attend d'elles certaines réponses émotionnelles et certains comportements. Bien que l'adoption de ces rôles et attitudes soit aussi d'ordre individuel, il n'en est pas moins évident que la société propose ou impose des modèles et renvoie aux femmes l'image qu'elle attend d'elles.

Dans notre échantillonnage, 56,9% des mères et 12,2% des pères vivent à la maison; 11% des mères et 1,5% des pères ont un travail à temps partiel, 85,5% des pères et 27,3% des mères travaillent à temps plein.

Comment comprendre ces différences si ce n'est qu'en retrouvant les causes dans les modèles éducatifs. Les recherches de Serbin et O'Leary (1975) ont montré que les garçons apprennent à résoudre des problèmes alors que les filles apprennent à regarder et à se taire. Les filles apprennent à privilégier la passivité alors que les garçons apprennent à valoriser l'agressivité et l'affirmation. Les femmes ont grand mal à acquérir un pouvoir sur les situations, un contrôle sur ce qui se passe dans l'environnement puisqu'elles ont du mal à expérimenter, à risquer.

Les hommes semblent moins impliqués dans les relations avec les jeunes enfants. Dans notre clientèle, les mères sont plus désireuses d'entreprendre des thérapies de couple et de famille alors que les pères se montrent plus réticents. Il faut y voir un phénomène socio-culturel et non un phénomène biologique.

Lorsque l'enfant sort de sa phase fusionnelle, l'intensité de l'attachement peut être aussi forte avec le père si celui-ci est disponible, régulier dans ses contacts et sensible aux indices émis par les enfants. Parke et ses collaborateurs (1976) décèlent une aussi grande compétence chez les pères à la maternité pendant les premiers jours de vie de leur enfant.

Comme thérapeutes, nous pouvons permettre un assouplissement dans des rôles parentaux et

favoriser que chacun retrouve une place appropriée dans le système familial. L'intervention centrée uniquement sur l'enfant ne permettrait pas de redonner à la famille sa responsabilité éducative.

Plusieurs femmes vivent seules, soit 28,2%. Elles envisagent souvent leur solitude comme une phase temporaire et veulent recréer un couple traditionnel. Peu de femmes créent de façon dynamique de nouveaux styles de vie. Ce choix est dépendant du niveau éducatif et économique des femmes.

Un petit pourcentage de femmes homosexuelles nous consultent, soit 1,1% de femmes alors qu'au Québec, on évalue approximativement à 2 ou 3% le nombre de femmes homosexuelles.

PERSPECTIVES THÉRAPEUTIQUES

Ce tableau des familles qui consultent en pédiopsychiatrie conduit à certaines réflexions quant aux approches thérapeutiques. Ni le contexte socio-économique, ni les valeurs de vie reliées à ce contexte ne peuvent être ignorés quand il s'agit de comprendre la problématique affective de nos clients et de les traiter. Dès 1929, Freud reconnaît dans *Malaise dans la civilisation* l'existence indéniable de l'inter-influence de l'individu et de son milieu, de sa dynamique personnelle et des conditions de vie. Chaque milieu véhicule ses propres systèmes de valeur, forgés d'une génération à l'autre par les histoires personnelles, familiales et sociales des individus. Ces valeurs partagées par le groupe culturel de référence sont parfois différentes de celles des thérapeutes qui interviennent dans la famille. Il faut prendre conscience de cette difficulté particulière à comprendre, respecter et utiliser les valeurs propres des sujets qui consultent; c'est pourtant dans cette reconnaissance que l'intervention prend tout son sens et que l'individu peut reprendre en charge son développement. Les modèles familiaux qui restent traditionnels coexistent maintenant avec d'autres formes qui prennent de plus en plus d'importance à cause des transformations structurales de la société. Ainsi, la mère célibataire, rejetée jusqu'à une époque récente, devient pour certaines femmes un statut choisi délibérément. Les familles étendues où les enfants participent à la vie de deux couples parentaux exigent des adaptations sur lesquelles peu d'études ont été faites; cependant notre

recherche fait ressortir que 14,1% d'enfants vivent avec un autre père que le géniteur et connaissent donc cette situation de double famille. Les pères chefs de familles, les couples homosexuels, même s'ils ne représentent encore qu'un faible pourcentage, sont une réalité de vie pour certains de nos consultants et à ce titre méritent qu'on s'y arrête. Les phénomènes d'immigration avec les tensions engendrées par l'adaptation au pays d'accueil sont souvent mal connus et ces personnes ne reçoivent pas les services susceptibles d'améliorer des conditions précises de vie et d'insertion sociale.

CONCLUSION

L'analyse des conditions de vie familiales et maternelles qui vient d'être faite a permis de dégager des facteurs de pauvreté culturelle et économique, de stress et d'isolement qui semblent entrer dans la genèse des psychopathologies infantiles traitées en pédopsychiatrie. Ces facteurs environnementaux ne sauraient être considérés comme l'explication unique et réductrice du développement des troubles psychiques. Ces difficultés socio-économiques et socio-culturelles sont des facteurs de haut risque pour l'enfant et peuvent provoquer ou accélérer des perturbations psychiques. Cependant ces situations de haut risque que nous savons reconnaître n'entraînent pas obligatoirement des pathologies graves. La vulnérabilité de l'enfant tient à beaucoup d'autres facteurs plus difficiles à définir. Les liens entre les perturbations des relations familiales et l'organisation pathologique de l'enfant ne sont pas directs; il faut aussi compter avec la dynamique propre des sujets en cause, mères, pères ou enfants. Les facteurs socio-économiques pèsent sur les enfants par l'intermédiaire du vécu de leurs parents, au travers de leur propre organisation psychique, fantasmatique. Ces facteurs sont aussi repris en charge par l'enfant dont le rôle propre de sujet avec ses désirs, ses pulsions, ses fantasmes et ses défenses doit être reconnu. Avec Winnicott, «il faut se souvenir que la maladie de l'enfant appartient à l'enfant... Un enfant peut trouver des moyens de se développer normalement en dépit des facteurs défavorables de son environnement, ou il peut être malade malgré de bons soins». (1961, 329).

Cependant il faut prendre conscience de la dangerosité de certaines conditions de vie familiale et de leur impact sur le niveau d'adaptation sociale et affective de l'enfant. Vouloir ignorer ce contexte social et ne centrer notre intervention que sur les processus psychiques peut entraîner un échec thérapeutique. Il s'agit de mettre en œuvre des mesures de prévention qui prennent en considération l'équilibre du groupe familial dans son ensemble et en liaison avec son environnement. Ces interventions globales devraient s'exercer de façon précoce afin d'éviter aux familles et à leurs enfants de se structurer dans des organisations pathologiques dont il est si difficile de sortir.

RÉFÉRENCES

- ACKERMAN, N., 1969, Transference and Countertransference, *Psychoanalysis*, 49, 27-28.
- BANDUCCI, R., 1967, The effects of Mother's Employment on the Achievement Aspirations and Expectations of the Child, *Personnel and Guidance Journal*, 263-267.
- BOUCHARD, C., 1981, Perspectives écologiques de la relation parent-enfant : des compétences parentales aux compétences environnementales, *Apprentissage et Socialisation*, 4, I, 4-23.
- CARRIER, M., MICHAUD, M., 1982, *La violence faite aux femmes en milieu conjugal : le produit d'une société sexiste*, Secrétariat d'État, Ottawa, 106 pages.
- CARVER, V., HUNEAULT, N., PINDER, L., 1977, *A Survey Conducted by the Task Groups on Women and Chemical Dependency* (Ottawa-Carleton). Substudy, n° 837, Toronto : Addiction Research Foundation.
- CHABOT, R., 1978, La situation de la femme alcoolique au Québec, *Toxicomanies*, II, 2, 131-142.
- CHILAND, C., 1980, De quelques paradoxes concernant le risque et la vulnérabilité, in *L'enfant à haut risque psychiatrique*, Paris, P.U.F., le fil rouge, 45-60.
- CHOMBART de LAUWE, Y.M.J., 1973, *Psychopathologie sociale de l'enfant inadapté*, Paris, CNRS, 275 pages.
- CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME, 1981, *Essai sur la santé des femmes*, Gouvernement du Québec, 342 pages.
- COOPER, D., 1971, *The Death of the Family*, Vintage Books, New York, 145 pages.
- DIRECTION DES SERVICES PROFESSIONNELS C.S.S.M.M., 1981-1982, *Dossier population*, Montréal.
- DOLTO, F., 1981, *La difficulté de vivre*, Inter Éditions, Paris, 394 pages.
- FREUD, S., 1961, *Civilization and its Discontents*, W.W. Norton and Company, New York, 109 pages.
- GARON-DUPONT, D., 1978, Les services de garde des jeunes enfants en regard de la prévention en santé mentale, in *Prévention en Santé Mentale*, Études et Dossiers, Éditeur officiel du Québec, 345-369.
- GOVERNEMENT DU QUÉBEC, 1981, *Chiffres en main*, Statistiques sur les Québécoises, Gouvernement du Québec.

- HALEY, J., 1971, Family Therapy : A Radical Change, in J. Haley, ed., *Changing Families*, New York, Grune and Stratton.
- HOLLINGSHEAD, A., 1957, *Two-factor index of Social Position*, New Haven, Connecticut, Mimeo.
- JACKSON, D., SATIR, V., 1971, A Review of Psychiatric Developments, in N. Ackerman, F. Beatman, S. Sherman, eds., *Family Diagnosis and Family Therapy*, in *Exploring the Base for Family Therapy*, New York, Family Association of America.
- LAING, R.D., 1977, *The Philosophy and Politics of Psychotherapy*, Pantheon Books, New York, 214 pages.
- LEBOVICI, S., DIATKINE, R., 1980, Le concept de normalité et son utilité dans la définition du risque psychiatrique, in *L'enfant à haut risque psychiatrique*, Paris, P.U.F., 29-43.
- LUTHMAN, S., KIRSCHENBAUM, M., 1974, *The Dynamic Family*, Science and Behaviour Books, Palo Alto, California, 234 pages.
- MAC LEOD, L., CADIEUX, A., 1980, *La femme battue au Canada : un cercle vicieux*, Conseil consultatif canadien de la situation de la femme, Ottawa.
- PARKE, R.D., SAWIN, D.B., 1976, The father's Role in Infancy. A Re-Evaluation, *The Family Coordinator*, Oct., 365-371.
- SATIR, V., 1971, The Family as a Treatment Unit, J. Haley, ed., in *Changing Families*, New York, Grune and Stratton.
- SEARLES, H., 1977, *L'effort pour rendre l'autre fou*, Gallimard, Paris.
- SERBIN, L.A., O'LEARY, D.K., 1975, How nursery Schools Teach Girls to Shup up, *Psychology Today*, 9, 57-102.
- SPIEGEL, J., 1956, Some cultural Aspects of Transference and Countertransference, in J. Masserman, ed., *Science and Psychoanalysis, II*, New York, Grune and Stratton.
- WINNICOTT, D.W., 1969, *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Payot, Paris, 369 pages.
- WYNNE, L., SINGER, M., 1963, Thought Disorder and Family Relations of Schizophrenics I : Research Strategy, *Arch. of Gen. Psychiatry*, 9, 191-198.

SUMMARY

The general objective of this research is to better understand the relationships between material, social and cultural conditions of families, and the mental health of children. In particular, do the experiences faced by mothers have an impact on infant psychopathology? This research will therefore trace a profile of the economic, social and cultural characteristics of mothers who were seen in child psychiatry at l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont. The results obtained will permit a reflection on our intervention model and a questioning of its pertinence.