

Université du Québec en Outaouais

Intervention de groupe parent-adolescent inspirée de l'approche comportementale
dialectique et facteurs socio-familiaux

Essai

Daphnée Julien

Département de travail social

Essai présenté en vue de l'obtention du grade de maîtrise
en travail social

Octobre 2022

© Daphnée Julien, 2022

Université du Québec en Outaouais

Département de travail social

Cet essai intitulé

Intervention de groupe parent-adolescent inspirée de l'approche comportementale dialectique et facteurs socio-familiaux

Présenté par
Daphnée Julien

A été évalué(e) par un jury composé des personnes suivantes

Annie Devault (direction de recherche)
Université du Québec en Outaouais

Isabel Côté (évaluateur interne)
Université du Québec en Outaouais

Frédéric Dionne (évaluateur externe)
Université du Québec à Trois-Rivières

Résumé

La santé mentale fait partie des préoccupations d'actualité de l'Organisation mondiale de la santé et du gouvernement du Québec. Cet essai explore la santé mentale des adolescents, les facteurs socio-familiaux, les facteurs environnementaux ainsi que les interventions familiales à privilégier. Il présente une intervention de groupe parent-adolescent offerte par visioconférence utilisant l'approche comportementale dialectique. Il s'intéresse à la perception des participants face aux effets de cette intervention sur les facteurs socio-familiaux et leur santé mentale ainsi qu'à leurs impressions sur l'animation, le contenu des rencontres et l'intervention de groupe en ligne. Cette intervention de groupe s'adressait à des jeunes de 13 à 17 ans ayant des difficultés de régulation émotionnelle et présentant des difficultés dans les relations familiales et/ou sociales inscrits sur une liste d'attente ou recevant des services en santé mentale jeunesse d'un établissement public du Québec. La participation d'un de leurs parents était requise. Cinq dyades parent-adolescent ont participé à cette étude qualitative. Les adolescents participants étaient âgés entre 13 à 15 ans dont 3 filles et 2 garçons. La majorité des adolescents présentait un ou plusieurs diagnostics de santé mentale. Les parents participants étaient âgés entre 37 à 50 ans dont 3 pères et 2 mères. L'intervention de groupe, inspirée de la thérapie comportementale dialectique, comportait deux rencontres de groupe par semaine d'une heure chacune pendant sept semaines. Des questionnaires et des entrevues pré et post-groupe ainsi que les enregistrements des rencontres de groupe ont été ciblés comme instruments de mesure. La collecte des données et les rencontres de groupe se sont déroulées à la fin de l'été 2020 et à l'automne 2020. Suite à l'intervention, les participants observaient des améliorations, à des niveaux variables, dans la communication parent-adolescent, dans la compréhension des parents face à leurs adolescents, dans l'identification et la gestion des émotions ainsi que dans la relation parent-adolescent. Cette intervention de groupe pourrait donc bonifier l'offre de services dans les programmes jeunesse des établissements publics. Lors du questionnaire post-groupe, les parents et les adolescents ont identifié leurs trois stratégies préférées abordées dans les rencontres de groupe. Des stratégies basées sur la pleine conscience étaient identifiées dans ces préférences autant pour les parents que pour les adolescents. Cependant, plusieurs participants ont également rapporté des questionnements face à l'utilité des activités de

pleine conscience, même si la pleine conscience est un élément clé de l'approche comportementale dialectique. Ainsi, le cinquième chapitre se consacre à des facteurs importants à considérer lors de l'animation des activités de pleine conscience auprès de cette population. Ce chapitre vise à permettre d'améliorer les rencontres de groupe pour de futures cohortes.

Abstract

The mental health field is currently an area of interest to the World health organization and the Québec government. This essay explores the mental health of youth, social, family-related, environmental factors affecting mental health, and family intervention best practices. It presents a parent-adolescent focused online group intervention using a dialectical behavior approach. It looks at participants' perceptions of the effect of the group intervention on social and family-related factors, and on mental health. It also looks at participants' impressions of the animation, the content of the group meetings and the online group intervention. This group intervention involved adolescents of 13 to 17 years old who are having difficulties with emotional regulation, and social and family relationships. The sample was from the waiting lists or receiving services in a youth mental health public service. The participation of one of their parents was required. Five parent-adolescent dyads were involved in this qualitative study. Adolescents participants were between 13 and 15 years old and included 3 males and 2 females. Most adolescents participants had at least one or more mental health diagnoses. Parents participants were between 37 to 50 years old of which 3 were fathers and 2 were mothers. This group intervention modified dialectical behavior therapy had two one-hour meeting per week for seven weeks. The measuring instruments used were questionnaires and interviews pre and post intervention, as well as recordings of group meetings. Data collection and group meetings were offered at the end of summer 2020 and in the fall 2020. At the end of the intervention, participants reported positive changes at different levels on parent-adolescent communication, on parents understanding of their teenager, on emotion regulation and on parent-adolescent relationship. This group intervention could be beneficial for youth focused public health services. Parents and adolescents had to identify their favorite strategies offered in a post-test questionnaire. Mindfulness skills were identified for parents and adolescents among their top skills. However, many participants were questioning the usefulness of mindfulness activities, although, mindfulness is a key element in dialectical behavior approach. Thus, the fifth chapter of this essay examines important factors to consider in regards to mindfulness animation activities. This chapter will provide improvements for future cohorts.

Table des matières

Résumé	iii
Abstract.....	v
Liste des abréviations, sigles, acronymes.....	x
Remerciements	xi
Introduction	1
Chapitre 1 Santé mentale et thérapie comportementale dialectique.....	4
1.1 Santé mentale des jeunes	5
1.1.1 Facteurs familiaux	8
1.1.1.1 Facteurs familiaux et adolescents.....	8
1.1.1.2 Facteurs familiaux et parents.....	10
1.1.1.3 Facteurs familiaux et intervention familiale.....	13
1.1.2 Facteurs sociaux	14
1.1.3 Facteurs environnementaux.....	16
1.2 Thérapie comportementale dialectique (TCD)	20
1.2.1 Origine et clientèles visées de la TCD	20
1.2.2 Objectif général et principes clés de la TCD.....	22
1.2.3 TCD et TCD modifié.....	23
1.2.4 Habilités visées de la TCD dans les groupes d'acquisition de compétences.....	24
1.2.5 Études avec la TCD.....	31
Chapitre 2 Méthodologie	37
2.1 Objectifs de stage.....	37
2.2 Approche méthodologique.....	37
2.3 Échantillonnage et critères d'inclusion et d'exclusion	39
2.4 Participants.....	40
2.5 Instruments de mesure	42
2.6 Déroulement.....	43
2.7 Analyse des résultats.....	45
Chapitre 3 Résultats.....	47
3.1 Perception des participants des effets sur les facteurs familiaux	47
3.2 Perception des participants des effets sur les facteurs sociaux	49

3.3 Perception des participants des effets sur leur santé mentale	50
3.4 Impressions des participants concernant l'animation, le contenu des rencontres et l'intervention de groupe en ligne	52
3.4.1 Animation et intervention de groupe en ligne	52
3.4.2 Activités en dyade parent-adolescent	53
3.4.3 Thématiques préférées des participants.....	54
3.4.4 Activités de pleine conscience	54
3.5 Élargissement de l'offre de services ciblant la relation parent-adolescent	56
Chapitre 4 Discussion.....	58
Chapitre 5 Question développée dans l'essai	63
5.1 Définition et concepts clés de la pleine conscience	63
5.2 Enseignement de la pleine conscience	65
5.2.1 Planification des activités.....	65
5.2.2 Réceptivité des participants.....	67
5.2.3 Étiquetage des pensées	67
5.2.4 Pièges de la pleine conscience	68
5.2.5 Encourager l'observation sans jugement.....	70
5.2.6 Encourager l'acceptation.....	71
5.2.7 Encourager la bienveillance et la compassion.....	72
5.2.8 Équilibre entre le mode faire et le mode être	73
5.2.9 Atmosphère favorable à la pratique de la pleine conscience	74
Conclusion.....	78
Liste des références	82
Annexe A Questionnaire pré-groupe adolescent.....	89
Annexe B Questionnaire pré-groupe parent	97
Annexe C Canevas entrevue semi-dirigée pré-groupe adolescent	105
Annexe D Canevas entrevue semi-dirigée pré-groupe parent	110
Annexe E Questionnaire post-groupe adolescent.....	116
Annexe F Questionnaire post-groupe parent.....	125
Annexe G Canevas entrevue semi-dirigée post-groupe adolescent	134
Annexe H Canevas entrevue semi-dirigée post-groupe parent	137
Annexe I Structure des rencontres.....	140

Annexe J Activités de pleine conscience initiales et modifiées	141
Annexe K Formulaire d'information et de consentement	142

Liste des tableaux

Tableau 1 : Fonctions mentales liées à l'exercice de la parentalité (p.11)

Tableau 2 : Liens entre les manifestations du trouble de personnalité limite, les modules et les habiletés à Acquérir (p.25)

Tableau 3 : Modules et stratégies de la TCD (p.27)

Tableau 4 : Dilemmes dialectiques adolescent (p.29)

Tableau 5 : Dilemmes dialectiques parents (p.29)

Tableau 6 : Recension des écrits des études portant sur les groupes d'habiletés de la TCD chez les adolescents (p.33)

Tableau 7 : Bref portrait des adolescents participants (p.41)

Tableau 8 : Bref portrait des parents (p.41)

Tableau 9 : Données recueillies par les instruments de mesure (p.43)

Tableau 10 : Exemple de tableau d'analyse de contenu de données post-groupe (p.45)

Tableau 11 : Observations des participants lors des activités de pleine conscience (p.55)

Tableau 12 : Les habiletés du Quoi (p.64)

Liste des abréviations, sigles, acronymes

CCER : Comité central d'éthique de la recherche

CEGEP : Collège d'enseignement général et professionnel

CISSS : Centre intégré de santé et services sociaux

COVID-19 : Coronavirus disease - 2019

DEC : Diplôme d'études collégiales

DEP : Diplôme d'études professionnelles

DBT : Dialectical behavior therapy

DSM-5: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux 5e édition

FAD : Family Assessment Device

ISQ : Institut de la statistique du Québec

MBCT : Mindfulness-Based Cognitive Therapy

MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux

OMS : Organisation mondiale de la santé

SGT : Syndrome de Gilles de la Tourette

SM : Santé mentale

TDA/H : Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité

TCD : Thérapie comportementale dialectique

Remerciements

Je tiens d'abord à remercier ma directrice de stage, Madame Annie Devault, professeure titulaire au département de travail social de l'UQO pour sa disponibilité, son accompagnement et ses conseils judicieux qui ont contribué au succès de mon projet. J'aimerais souligner ma gratitude au Groupe Pleine Conscience Outaouais pour les discussions enrichissantes qui ont alimenté la rédaction de certaines sections de mon essai. Je désire remercier les professeurs de l'UQO qui ont contribué au perfectionnement de mes connaissances durant mes études universitaires de 2^e cycle. Je suis également reconnaissante envers mes collègues de travail et mes gestionnaires pour leur intérêt, leur implication et leur soutien dans ce projet qui me tenait à cœur. Malgré ma découverte tardive des merveilleux services de l'organisme *Thésez-vous*, je souhaite mentionner un grand merci à l'équipe et les nombreux étudiants côtoyés pour m'avoir aidée à garder le cap dans cette fin de parcours. Finalement, le support et l'aide de ma famille ainsi que de mon conjoint ont contribué à la réussite de ce diplôme. Un merci spécial à ma mère pour ses talents de correctrice.

Introduction

Depuis plusieurs années, j'ai un emploi comme travailleuse sociale dans un établissement public en santé mentale jeunesse. Lors de suivis auprès d'adolescents¹ ayant des problèmes de santé mentale et leurs parents, certaines difficultés communes à cette clientèle ont ressorti soit des difficultés de régulation des émotions et des difficultés dans leurs relations sociales. Ces éléments peuvent également être présents chez l'un des parents ou les deux. En 2016, un agent de planification, programmation et recherche provenant de la Direction des services multidisciplinaires et de l'enseignement universitaire d'un établissement public a effectué un bref portrait du profil et des besoins de la clientèle desservie dans les services de santé mentale jeunesse de la région visée par ce projet de stage. Il a recueilli des données sociodémographiques de 656 jeunes de 5-17 ans de ce territoire recevant des services en santé mentale jeunesse en février 2016. Il a également reçu de l'information provenant des professionnels impliqués auprès de 560 des 656 jeunes. Cette information concernait leurs perceptions des besoins cliniques et les enjeux familiaux de ces jeunes. L'objectif de cette cueillette de données était d'obtenir un profil général de la clientèle afin d'améliorer l'offre de services en santé mentale jeunesse. La tranche d'âge de 13-17 ans représentait 43% des usagers recevant des services en santé mentale jeunesse en février 2016. Les cinq principaux diagnostics identifiés sont les troubles anxieux, le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité, le trouble oppositionnel avec provocation, les troubles de la personnalité et le trouble relationnel parents-enfants. De plus, dans le portrait de la clientèle, les professionnels ont soulevé trois principaux enjeux cliniques chez 560 jeunes soit les conduites parentales pour 367 jeunes, les relations intrafamiliales pour 350 jeunes et la sphère affective pour 340 jeunes. Le quatrième enjeu clinique identifié chez 171 jeunes est la présence de problèmes de santé mentale chez les parents. Ainsi, ce portrait de la clientèle a aidé à préciser la population cible de ce projet de stage et est venu valider la pertinence de l'approche envisagée qui touche à plusieurs des problématiques mentionnées plus haut. En 1989, le gouvernement du Québec s'est doté d'une politique en santé mentale (Ministre de la santé et de services sociaux [MSSS], 1989). Cette politique soulevait des enjeux liés à la santé mentale et aux services. Elle visait à

¹ Le générique masculin est utilisé dans ce texte uniquement dans le but d'en alléger la forme et d'en faciliter la lecture.

accroître l'accessibilité et la qualité des services. Suite à cette politique, plusieurs plans d'action ont émergé. D'ailleurs, un plan d'action interministériel en santé mentale a été publié par le gouvernement du Québec en 2022. Dans ce plan, les enjeux en santé mentale sont identifiés comme des préoccupations importantes du premier ministre du Québec et du ministre de la Santé et des Services sociaux (Ministre de la Santé et de Services sociaux [MSSS], 2022). De plus, des répercussions des mesures de distanciation sociale sont mentionnées tels que l'isolement, des tensions familiales et conjugales ainsi qu'une détérioration de la santé mentale. Le plan d'action aborde sept axes priorités : la promotion et prévention des problèmes de santé mentale; les services en prévention et en intervention de crise; la collaboration avec les organismes communautaires; les actions concernant les jeunes et leur entourage; l'amélioration de l'accessibilité aux soins et services en santé mentale; la prévention et les interventions alternatives à l'hospitalisation en psychiatrie et l'amélioration continue des pratiques. Parmi ces axes, deux actions ont particulièrement retenu mon attention soit l'innovation des services en santé mentale avec des interventions numériques et une plus grande accessibilité à des services aux parents ayant un jeune suivi par des services en santé mentale.

Le projet de stage de cet essai a été inspiré par des constatations professionnelles, des plans d'action en santé mentale et la littérature scientifique sur la santé mentale et ses déterminants. Ce projet de stage a consisté à mettre sur pied un groupe d'intervention d'orientation comportementale dialectique pour les adolescents âgés de 13 à 17 ans ayant des problèmes de santé mentale et leurs parents. Le choix de cette approche s'est concrétisé suite à des formations professionnelles que j'ai suivies au cours des dernières années. Cette approche a suscité mon intérêt, car elle peut agir au niveau familial et au niveau individuel autant pour les adolescents que pour les parents. Les quatre principaux enjeux cliniques ressortis lors du portrait de la clientèle viennent valider la pertinence d'intervenir auprès des adolescents et de leurs parents. De plus, les thématiques visées dans cette approche touchent à divers aspects de la santé mentale tels que les relations sociales, les capacités d'identifier et de gérer ses émotions ainsi que le développement d'une identité positive. Avant ce projet de stage, il n'y avait pas d'offre de services en intervention de groupe pour les parents-adolescents dans les services de santé mentale jeunesse de mon établissement. Il était également innovant d'offrir une intervention

de groupe par visioconférence. Les objectifs de ce projet de stage étaient de bonifier l'offre de services en santé mentale jeunesse d'un établissement public, d'explorer la perception des participants des retombées de ce groupe sur les facteurs de protection en santé mentale au niveau familial et social ainsi que de recueillir les impressions des participants sur l'intervention de groupe créée.

Le premier chapitre de cet essai définit la santé mentale, dresse un portrait de la santé mentale des jeunes Québécois et aborde les facteurs familiaux, sociaux ainsi qu'environnementaux liés à la santé mentale. Des liens sont également présentés entre la santé mentale des parents et celle des jeunes. Des pistes d'intervention en santé mentale sont aussi soulevées. Le premier chapitre contient également une présentation sommaire de la thérapie comportementale dialectique (TCD) en décrivant son origine, ses objectifs et ses principes clés ainsi que les clientèles visées par la TCD. De plus, une courte recension des écrits d'études effectuées auprès d'adolescents offrant une des modalités d'intervention de la thérapie comportementale dialectique, soit le groupe d'acquisition des compétences, est présentée. Ensuite, la méthodologie de ce projet de stage est détaillée dans le deuxième chapitre. Les résultats des données recueillies sont soulevés dans le troisième chapitre et dans le chapitre suivant, des liens entre les résultats et la littérature scientifique sont proposés. Finalement, le cinquième chapitre approfondit une observation ressortie lors des résultats et soulève des pistes d'amélioration possibles en lien avec la littérature scientifique sur ce sujet.

Chapitre 1 Santé mentale et thérapie comportementale dialectique

La santé mentale a été définie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme un état de bien-être où la personne peut s'épanouir, s'adapter lors de situations difficiles, accomplir un travail productif et s'impliquer dans la vie de sa communauté (Organisation mondiale de la santé [OMS], 2013). Doré et Caron (2017) identifient trois types de bien-être reliés à la santé mentale soit le bien-être émotionnel, psychologique et social. Le bien-être émotionnel constitue la satisfaction d'un individu à propos de sa vie dans ses différentes sphères. Il s'agit d'une « appréciation émotive et cognitive de son fonctionnement » (Doré et Caron, 2017, p.129) et de sa qualité de vie. Plusieurs aspects sont pris en compte pour juger de la qualité de vie tels que la santé, la sécurité, les relations interpersonnelles, la situation socioéconomique et les conditions sociales. Cette appréciation peut varier dans le temps selon les événements, les périodes de transition, la perception subjective de la qualité de vie ainsi que les aspirations d'une personne. Ainsi, lorsque cette appréciation se rapproche des attentes, des buts dans la vie et des ambitions d'un individu, des affects positifs sont présents de même qu'une meilleure satisfaction à l'égard de sa vie. Au contraire, si des affects négatifs et une réduction de la satisfaction de sa vie surviennent, le bien-être émotionnel diminue et l'écart se creuse avec les attentes, les buts, ainsi que les ambitions de l'individu.

Le bien-être psychologique fait référence à six éléments soit l'acceptation de soi, des relations sociales positives, l'épanouissement personnel, le sentiment d'accomplissement ainsi que le sens donné à sa vie, un sentiment de contrôle sur son environnement et une capacité d'autonomie.

Puis, le bien-être social touche à cinq dimensions soit la cohérence sociale, l'actualisation sociale, l'intégration sociale, l'acceptation sociale et la contribution sociale. Ces dimensions correspondent aux tâches sociales visant à devenir un citoyen participatif et actif de sa société. La cohérence sociale représente la compréhension et la perception d'un individu à propos des normes sociales, de la qualité de sa société ainsi que de sa structure. L'individu doit avoir un désir d'en apprendre davantage sur son monde. De plus, l'individu

doit sentir que ses aspirations et sa perception de sa société sont en cohérence. L'actualisation sociale est l'évaluation du potentiel de sa société à s'améliorer. L'intégration sociale concerne le sentiment d'appartenance et de partage de caractéristiques communes d'un individu avec les autres membres de sa communauté. Les individus ayant une acceptation sociale vont éprouver un sentiment général de confiance envers les autres et vont croire en la bonté des autres membres de leur communauté. La contribution sociale est liée au sentiment d'être un acteur ayant une valeur propre et une utilité pour sa société.

Ces trois types de bien-être soulèvent l'importance de considérer les facteurs personnels, sociaux et environnementaux dans la définition de la santé mentale. Toutefois, la description de la santé mentale est souvent réduite aux qualificatifs suivants : bonne ou mauvaise selon l'absence ou la présence de problèmes de santé mentale chez un individu (Doré et Caron, 2017; OMS, 2013). Doré et Caron soutiennent que la santé mentale et les troubles mentaux devraient plutôt être deux concepts séparés puisque l'absence ou la présence de troubles mentaux n'est pas l'unique facteur influençant une bonne santé mentale. Ces auteurs, ainsi que Nevid et al. (2008) identifient trois facteurs de risque liés à la santé mentale: des facteurs génétiques, familiaux et environnementaux. Dans le Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020 de l'OMS, des facteurs individuels, sociaux, culturels, politiques et économiques sont également mentionnés. Bref, la santé mentale est multifactorielle. Il est donc important en intervention auprès des individus de s'intéresser à différents aspects de leur vie pour favoriser une meilleure santé mentale.

1.1 Santé mentale des jeunes

Durant l'adolescence, des changements biologiques, psychologiques et sociaux surviennent (Aguilera, 1995; Amini, 2013; Ladouceur, 2016; Ouellet-Morin et al., 2021). Il s'agit d'une période de construction de son identité, de remise en question des représentations parentales à travers un processus de séparation/individuation et de transition vers l'âge adulte (Aguilera, 1995; Amini, 2013; Ouellet-Morin et al., 2021). Dans la définition de la santé mentale pour les jeunes par l'OMS, une importance est accordée à

différentes facettes de leur développement dont l'acquisition d'un sentiment d'identité positif, la capacité de gérer adéquatement ses pensées et ses émotions, la construction de liens sociaux significatifs pour devenir un citoyen actif dans la société (OMS, 2013). Ladouceur (2016) mentionne que lors de la puberté, les adolescents ont une plus grande réactivité émotionnelle et motivationnelle. Elle explique que cela serait lié au développement du cortex pré-frontal qui est encore en cours et qui est impliqué dans la régulation des émotions. L'adolescent doit également conjuguer avec ses désirs, les règlements et les normes. Cette période peut aussi susciter de l'angoisse face à l'avenir (Rougeul, 2012). Ainsi, cette période de transition peut faire ressortir les vulnérabilités des adolescents. D'ailleurs, Ladouceur (2016) rapporte que plusieurs études ont établi que les adolescents en période de puberté sont plus à risque de souffrir de dépression ou de faire face à une problématique d'abus de substance. Il y aurait un pourcentage plus élevé de symptômes de troubles affectifs chez les filles que chez les garçons lors du développement pubertaire. Un taux plus élevé de dépression chez les adolescentes est présent au milieu de la puberté (Ladouceur, 2016).

Une enquête québécoise a été effectuée auprès de jeunes du secondaire en 2016-2017 (Institut de la statistique du Québec [ISQ], 2018). Les auteurs se sont intéressés à cinq sujets concernant les adolescents soit l'environnement social, l'estime de soi ainsi que les compétences sociales, la violence, la santé mentale et le risque de décrochage scolaire. Sur le plan de la santé mentale, ils ont évalué la perception de détresse psychologique et la présence de problèmes de santé mentale. Ils décrivent la détresse psychologique comme la manifestation de plusieurs symptômes d'ordre affectif, cognitif ou somatique qui nuisent au fonctionnement des jeunes dans certaines sphères de leur vie. Les résultats indiquent un plus haut pourcentage d'élèves de secondaire 4 et 5 (35%) rapportant un niveau de détresse psychologique élevé comparativement aux élèves de secondaire 1 à 3 (21%-30%). Une enquête similaire avait été faite en 2010-2011 dans laquelle 21% des élèves du secondaire identifiaient vivre un niveau de détresse élevé (Institut de la statistique du Québec [ISQ], 2013). Ce pourcentage a augmenté en 2016-2017 à 29% (ISQ, 2018). Ces pourcentages sont des données ressorties avant la pandémie. Nous pouvons penser que ceux-ci ont augmenté depuis. Des relations ont été établies entre le niveau détresse psychologique et des habitudes de vie telles que l'activité physique et le sommeil. Le niveau

de détresse était moins élevé chez les élèves plus actifs et dormant le nombre d'heures de sommeil recommandé. Ces corrélations viennent valider la présence de plusieurs facteurs influençant la santé mentale. (Ma et al., 2021). Lors de l'enquête québécoise, les auteurs ont établi la proportion de certains problèmes de santé mentale présents chez les jeunes du secondaire en 2016-2017 : 23% souffrant d'un trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H), 17% ayant un trouble anxieux, 5,9% souffrant d'une dépression et 2,2% ayant un trouble alimentaire (ISQ, 2018). Les diagnostics devaient être confirmés par un médecin ou un spécialiste de la santé. L'enquête québécoise auprès d'adolescents effectuée en 2010-2011 avait identifié les mêmes diagnostics que l'enquête récente. D'ailleurs, pour tous les niveaux du secondaire, les pourcentages de la présence de ces troubles ont augmenté (ISQ, 2018).

Les troubles anxieux et dépressifs sont parmi les principaux problèmes de santé mentale chez les jeunes (Piché et al., 2017). Les jeunes ayant un trouble anxieux ont un risque plus élevé de souffrir d'un épisode dépressif (Piché et al., 2017). Ces troubles peuvent avoir des impacts sur le fonctionnement des jeunes comme une forte utilisation des services de santé, de nombreuses absences scolaires, un plus grand risque de décrochage scolaire et la présence plus fréquente d'idées suicidaires. Piché et ses collègues (2017) mentionnent également que les troubles anxieux et dépressifs vont souvent s'aggraver ou se maintenir au cours de la vie. Dans l'enquête québécoise, ils ont questionné les jeunes sur la prise de médicaments au cours des deux dernières semaines. Des médicaments prescrits par un médecin pour la dépression ou l'anxiété étaient utilisés par 3,6% des adolescents et d'autres pour se calmer ou se concentrer étaient pris par 14,8% des jeunes. La prise de médicaments pour se concentrer ou se calmer chez les jeunes a augmenté comparativement à l'enquête effectuée en 2010-2011 soit de 7,9% à 14,8%. Comme pour le niveau de détresse psychologique chez les jeunes, les meilleures habitudes de vie semblent être des facteurs de protection face à certains symptômes de santé mentale. Ainsi, les jeunes ayant de meilleures habitudes de vie au niveau de l'activité physique et du sommeil sont moins nombreux à présenter un trouble anxieux, de la dépression ou un TDA/H (ISQ, 2018). De plus, l'Organisation mondiale de la santé rapporte qu'autour de 50% des problèmes de santé mentale des adultes ont émergé lorsqu'ils étaient âgés de moins de 14 ans (Rousseau et al., 2014).

D'après l'enquête Le suicide au Québec : 1981 à 2017 de l'Institut national de santé publique du Québec, 1105 suicides ont été dénombrés en 2016, dont 270 suicides par des femmes et 835 suicides par des hommes (Levesque et al., 2020). Dans le groupe d'âge des 15-19 ans, le suicide représente 33,6% de l'ensemble des décès chez les garçons et 19,7% chez les filles en 2016. Toutefois, il y a eu un nombre plus élevé d'hospitalisations pour tentative de suicide chez les filles pour cette même catégorie d'âge, en 2016, soit 346 hospitalisations contre 116 hospitalisations chez les garçons (Levesque et al., 2020). Une enquête sur la santé psychologique des jeunes de 12 à 25 ans de l'Estrie et de la Mauricie-Centre-du-Québec a questionné ceux-ci sur la présence d'idéations suicidaires (Bergeron et al., 2022). Une augmentation des idéations suicidaires est observée de 2020 à 2021 chez les jeunes de niveau secondaire 2 à 5. Voici les pourcentages ressortis de jeunes identifiant avoir eu des idéations suicidaires au cours des deux dernières semaines lors de l'enquête en 2020 comparativement en 2021 : secondaire 2 de 24% à 27%, secondaire 3 de 24% à 28%, secondaire 4 de 26% à 29% et secondaire 5 de 26% à 28%. Bref, tous ces chiffres démontrent l'importance de se préoccuper de la santé mentale des adolescents.

1.1.1 Facteurs familiaux

1.1.1.1 Facteurs familiaux et adolescents. Durant la période de l'adolescence, des crises transitionnelles peuvent émerger (Aguilera, 1995; Poirier et Larose, 2007). La famille joue un rôle important dans le passage de ces transitions (Poirier et Larose, 2007). Pauzé et Touchette (2006) ainsi que Rougeul (2012) soulignent l'importance d'intervenir pour réduire les facteurs de vulnérabilité lors de ces crises. Ces facteurs sont des difficultés socio-économiques, un faible réseau de soutien social, la présence de vulnérabilités individuelles ou familiales, un répertoire peu élaboré de compétences adaptatives familiales et l'accumulation de stressseurs. De plus, des facteurs comme la négligence et la maltraitance physique ou sexuelle peuvent grandement augmenter le risque d'émergence de problèmes de santé mentale chez les jeunes (Nevid et al., 2008). Un niveau de stress élevé dans l'enfance est un facteur de risque de souffrir d'un trouble psychopathologique identifié par plusieurs auteurs (Herrenkohl et al., 2012; Nichols, 2010; Plusquellec et al., 2015).

L'enquête abordée précédemment concernant les jeunes du secondaire en 2016-2017 a fait des liens entre la santé mentale des jeunes et des facteurs familiaux (ISQ, 2018). Tout d'abord, les élèves vivant dans une famille recomposée (39%) ou une famille monoparentale (38%) étaient plus nombreux à avoir un niveau de détresse psychologique élevé comparativement aux élèves vivant en garde partagée (28%) ou avec leurs deux parents (26%) (ISQ, 2018). Une observation similaire est faite pour les diagnostics de troubles anxieux, de dépression et de trouble alimentaire. D'ailleurs, les jeunes vivant dans une famille nucléaire et en garde partagée identifiaient davantage recevoir un niveau élevé de soutien familial comparativement aux jeunes de familles recomposées ou monoparentales (ISQ, 2018). Le niveau de scolarité des parents semble également être un facteur contributif autant au niveau de la détresse psychologique que de la présence de ces troubles mentaux. Le pourcentage de jeunes souffrant de troubles anxieux, de dépression, de troubles alimentaires et de TDA/H diminue, plus le niveau de scolarité des parents augmente. Parmi les jeunes dont les parents n'ont pas de diplôme d'études secondaires, 42% ont mentionné vivre un niveau de détresse élevé. Puis, ce pourcentage baisse à 34% pour les élèves dont les parents ont un diplôme d'études secondaires comme plus haut niveau de scolarité et à 29% lorsqu'il y a au moins un parent ayant fait des études collégiales ou universitaires. Plus le niveau de scolarité des parents était élevé plus les jeunes mentionnaient avoir un niveau élevé de soutien social dans l'environnement familial. De plus, le niveau de soutien social et le niveau de supervision parentale semblent avoir des impacts sur la détresse ressentie par les jeunes. Un nombre plus élevé de jeunes ayant identifié avoir un niveau faible ou moyen de soutien social ou de supervision parentale rapportait un niveau élevé de détresse psychologique. Par exemple, au niveau du soutien social familial, chez les élèves qui avaient un faible niveau de soutien ou un soutien moyen, 47% rapportaient vivre un niveau de détresse psychologique élevé comparativement à 24% pour les jeunes qui identifiaient un niveau élevé de soutien social familial (ISQ, 2018). Un lien semble également présent entre le niveau de soutien social et la supervision parentale ainsi que la présence de problèmes de santé mentale. Cette enquête démontre bien que plusieurs facteurs peuvent influencer la santé mentale des jeunes et soulèvent des pistes d'intervention intéressantes.

Au cours des dernières années, diverses études ont exploré des liens entre la santé mentale des jeunes et les facteurs familiaux. Poirier (2012) souligne que des relations familiales conflictuelles, une faible cohésion familiale, une faible implication parentale, un rejet parental et un parent présentant des symptômes dépressifs favorisent l'émergence de symptômes dépressifs chez les adolescents. Piché et ses collègues (2017) rapportent que la présence de troubles affectifs et anxieux chez les parents, un nombre élevé de comportements punitifs ainsi qu'une faible fréquence de comportements de soins chez les parents sont également des facteurs de risque de l'émergence d'un trouble dépressif chez les enfants et les adolescents. Les comportements des parents mentionnés plus haut peuvent également être associés à l'apparition de troubles anxieux chez les adolescents. De plus, Lanson et Marcotte (2012) ont identifié que sur une période de trois ans, les adolescents qui percevaient un soutien parental stable avaient un taux de prévalence de dépression plus bas que les adolescents qui avaient une perception d'instabilité de ce soutien. Piché et ses collègues (2017) mentionnent que la présence d'un problème de santé mentale chez l'un des parents ou la présence significative de symptômes dépressifs chez la mère augmente la prévalence chez les enfants et les adolescents de développer un trouble anxieux. Van Loon et al. (2014) ont fait des observations similaires chez des jeunes de 11-16 ans ayant un parent avec un problème de santé mentale. Ces jeunes rapportaient davantage de problèmes externalisés et internalisés que les jeunes du groupe contrôle. Les jeunes du groupe contrôle étaient âgés également de 11 à 16 ans et n'avaient pas de parents souffrant d'un problème de santé mentale au moment de l'étude. Dans une étude longitudinale de Herrenkohl et al. (2012), les conflits familiaux ressortaient comme l'un des facteurs précipitants à un problème de santé mentale ou d'abus de substance à l'âge adulte tandis qu'une bonne discipline parentale ressortait comme un facteur de protection. Ces études démontrent la pertinence d'intervenir sur des facteurs familiaux pour aider les jeunes au niveau de la santé mentale.

1.1.1.2 Facteurs familiaux et parents. Cette période de transition qu'est l'adolescence amène les parents à devoir s'adapter à leurs rôles parentaux. Ces changements peuvent susciter une instabilité au sein du couple conjugal et du système familial. Ainsi, cette période de transition peut faire émerger les vulnérabilités

des adolescents et des parents. La parentalité peut être une occasion de croissance et de développement personnel entraînant beaucoup de bonheur (Boily et al., 2006). Ce rôle social est souvent valorisé et perçu comme faisant partie du cheminement normal d'un adulte. Cependant, il s'agit d'un rôle exigeant. Boily et ses collègues ressortent les liens existants entre les capacités affectives, cognitives et relationnelles favorisant une meilleure santé mentale chez un adulte et les rôles parentaux nécessaires pour répondre adéquatement aux besoins de leur enfant. Voici le tableau du livre *Au-delà des troubles mentaux, la vie familiale : Regard sur la parentalité* (Boily et al., 2006, p.58) :

Tableau 1

Fonctions mentales liées à l'exercice de la parentalité

Fonctions mentales	Rôle parental
Affectif	
Capacité d'utiliser ses émotions de façon appropriée dans les actions posées	Capacité de satisfaire les besoins émotionnels de l'enfant
Cognitif	
Capacité d'établir des raisonnements qui permettent d'adapter ses gestes aux circonstances	Capacité de répondre aux besoins d'attention, de sécurité de l'enfant, de trouver des réponses satisfaisantes et des solutions efficaces, de réagir adéquatement aux circonstances
Relationnel	
Capacité de composer de façon significative avec son environnement	Capacité de répondre aux besoins relationnels et de socialisation et d'interagir positivement avec l'enfant

Ainsi, les difficultés d'un adulte dans les sphères affective, cognitive ou relationnelle peuvent avoir des impacts sur ses capacités parentales. Ces impacts peuvent avoir des répercussions sur leurs enfants puisque certains besoins pourraient être difficilement répondus. Des auteurs indiquent que la parentalité peut être source de stress particulièrement lorsque le parent ne ressent pas un sentiment de compétence personnelle (Boily et al., 2006). Roskam et Mikolajczak (2015) identifient que ce sentiment de stress est fréquemment ressenti par les parents. Boily et al. (2006) mentionnent que les problèmes de santé mentale peuvent affecter l'exercice des pleines capacités parentales de manière passagère ou permanente. Ainsi, une intervention auprès de parents ayant un problème de santé mentale peut avoir un impact positif sur leurs enfants. De plus, dans le portrait du

profil et des besoins de la clientèle desservie par les services de santé mentale jeunesse mentionné plus haut, un problème de santé mentale chez un parent était identifié par des professionnels travaillant en santé mentale jeunesse comme un enjeu clinique pour 171 jeunes sur 560. Ainsi, cela représente presque un tiers de ces jeunes touchés par cet enjeu. Il apparaît donc pertinent de considérer ces éléments dans l'offre de services.

Carrière et al. (2010) soulignent certains obstacles spécifiques des mères souffrant d'un trouble de santé mentale. Ils rapportent que les mères ont confié ressentir une double pression provenant des services en tant que personne souffrant d'un problème de santé mentale et dans leur rôle de mère. Les intervenants priorisaient la sécurité et le développement des enfants plutôt que la détresse ressentie par la mère. Les mères ayant un trouble mental ont un risque plus élevé de perdre la garde de leurs enfants comparativement à d'autres parents (Carrière et al., 2010). D'ailleurs, Plass-Christl et ses collègues (2017) soulèvent que ces parents peuvent éviter d'effectuer une demande de service pour leurs jeunes, car ils ne détectent pas leurs besoins ou par peur de se faire retirer leurs enfants. Carrière et ses collègues (2010) identifiaient comme enjeu la fragmentation des services et recommandaient une plus grande ouverture des frontières intersectorielles pour une approche familiale. De plus, les parents souffrant d'un trouble de santé mentale font souvent face à d'autres difficultés comme la pauvreté, la perte d'emploi, la monoparentalité et un faible niveau de soutien social (Carrière et al., 2010; Plass-Christl et al., 2017). Ainsi, une intervention de groupe parents-adolescents pourrait permettre la réduction de la fragmentation des services en s'adressant simultanément aux adolescents et aux parents.

Selon Crowe et Lyness (2014), un problème de santé mentale affecte la personne ainsi que son entourage, particulièrement les membres de sa famille. Plass-Christl et ses collègues (2017) précisent qu'il y a également une influence bidirectionnelle. Ainsi, les comportements de l'enfant peuvent fragiliser la santé mentale des parents et vice versa. D'ailleurs, Van Loon et ses collègues (2014) ont découvert lors d'une étude que les parents ayant un problème de santé mentale identifiaient un taux plus faible de support parental, de discipline parentale et de cohésion familiale ainsi que davantage de conflits familiaux que les parents sans problème de santé mentale. Ces éléments ont été identifiés plus haut comme des facteurs familiaux qui

augmentent le risque de problèmes de santé mentale chez les jeunes. Les parents avec un problème de santé mentale mentionnaient avoir souvent des difficultés lors des interactions avec leurs adolescents. Il est donc important de tenir compte de ces différents éléments lors d'une demande de service autant des parents que des jeunes. Ainsi, une intervention auprès des parents serait bénéfique pour les jeunes en favorisant la présence de facteurs de protection au sein de la famille.

1.1.1.3 Facteurs familiaux et intervention familiale. Villeneuve (2006) souligne qu'avoir de bonnes relations familiales est un facteur de protection en santé mentale. D'ailleurs, l'implication dans le traitement des membres de la famille d'une personne souffrant d'un problème de santé mentale favorise de meilleurs résultats particulièrement auprès des enfants et des adolescents (Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 2017; Villeneuve). Ces éléments expliquent bien mon choix d'avoir effectué une intervention en dyade parents-adolescents lors de mon stage. Maybery et al. (2015) se sont intéressés aux objectifs fixés par les parents et les enfants dans les familles dont l'un des parents souffre d'un problème de santé mentale ou d'une comorbidité d'un problème de santé mentale et d'un abus de substance. Les enfants des deux groupes nommés plus haut avaient ciblé comme objectifs prioritaires: construire des liens familiaux, acquérir des connaissances sur la santé mentale et développer leurs habiletés sociales auprès de leur famille. Ces récentes études confirment l'impact des problèmes de santé mentale et des facteurs familiaux sur les différents membres d'une famille. D'ailleurs, l'implication des membres de la famille dans le traitement favorise une diminution des rechutes et de la détresse psychologique ressentie chez la personne ayant un problème de santé mentale (MSSS, 2017). La famille doit donc être aidée et outillée pour soutenir et accompagner ses membres. Roskam et Mikolajczak (2015) suggèrent de renforcer les compétences émotionnelles des parents pour leur permettre de faire face à ces stressés. Toutefois, d'autres éléments doivent être pris en compte pour venir en aide à ces jeunes.

1.1.2 Facteurs sociaux

Les adolescents peuvent également obtenir du soutien social en dehors de leur sphère familiale. Khatib et ses collègues (2013) décrivent le soutien social comme les ressources offertes par l'entourage d'un individu. Le soutien social peut se diviser en cinq catégories d'aide : émotionnel, instrumental, informationnel, normatif et l'accompagnement social (Devault et Fréchette, 2006; Ibarra-Rovillard et Kuiper, 2011). Il y a trois principaux éléments pour le mesurer soit l'intégration sociale, le soutien social reçu et le soutien social perçu (Ibarra-Rovillard et Kuiper, 2011). L'intégration sociale représente la diversité de relations interpersonnelles et/ou la diversité de la participation à des activités sociales. La qualité des relations est également considérée. Les auteurs mentionnent que ces éléments peuvent aussi mettre en lumière des relations conflictuelles ou nuisibles qui peuvent avoir des effets néfastes sur le bien-être de la personne (Ibarra-Rovillard et Kuiper, 2011). Le soutien social reçu est l'aide apportée par autrui et il se mesure par la fréquence d'obtention de cette aide. Les personnes vivant moins de stress ou utilisant leurs propres stratégies d'adaptation pour faire face à des difficultés vont avoir davantage un sentiment de bien-être que les personnes qui suscitent grandement leur réseau social dû à la présence d'un stress intense ou de plusieurs stress pour lequel ou lesquels ils aimeraient recevoir une aide (Ibarra-Rovillard et Kuiper). Toutefois, cette mesure de fréquence ne permet pas de déterminer si l'aide reçue survient lorsque la personne en a besoin ou si elle est satisfaisante. Le soutien social perçu est la perception d'une personne face à la disponibilité d'aide qu'elle pourrait recevoir de son réseau social lorsqu'elle a des besoins. Plusieurs études se concentrent sur la perception de la disponibilité du soutien social plutôt que sur le soutien social reçu, car cet élément est moins représentatif du soutien social actuel (Khatib et al., 2013; Ibarra-Rovillard et Kuiper, 2011). D'ailleurs, selon Ibarra-Rovillard et Kuiper, la perception de la disponibilité d'un soutien social serait un meilleur indicateur de bien-être que le soutien social reçu. De plus, lorsque les personnes sont questionnées sur la fréquence du soutien, elles auraient tendance à considérer davantage les expériences d'aide vécues sur une longue période tandis que la perception du soutien social ferait plus référence au portrait récent.

La détresse psychologique des jeunes Québécois du secondaire en 2016-2017 a été questionnée et mise en relation avec d'autres variables comme le soutien social des amis (ISQ, 2018). Parmi les filles ayant identifié un soutien social élevé des amis, 35% rapportaient une détresse psychologique élevée. Cette proportion se situait à 52% pour celles qui mentionnaient recevoir un niveau faible ou moyen de soutien social des pairs. Cette différence est moins marquée chez les garçons. Pour un soutien social des amis élevé, 17% des garçons vivaient une détresse psychologique élevée tandis que pour un soutien social des pairs faible ou moyen, 22% ressentait ce même niveau de détresse. Chez les garçons, un niveau de soutien social scolaire et communautaire identifié comme faible, moyen ou élevé n'entraîne pas une différence significative sur la prévalence de troubles anxieux et de troubles alimentaires comparativement aux filles où ces éléments semblent avoir une influence sur cette prévalence (ISQ, 2018). Eisman et al. (2015) soulèvent tout de même que les amis occupent un rôle important dans le soutien émotionnel à l'adolescence. Ces auteurs émettent l'hypothèse que les adolescents se confieraient davantage à leurs amis sur les petits stressés quotidiens et à leurs parents sur les grands stressés ou événements marquants.

De nombreux auteurs indiquent un lien entre un faible soutien social et un risque de souffrir d'une dépression (Auerbach et al., 2011 ; Dingfelder et al., 2010; Ibarra-Rovillard et Kuiper, 2011; Lanson et Marcotte, 2012). Au contraire, un bon soutien social demeure un facteur de protection pour les adolescents (Cheng et al., 2014; Devault et Fréchette, 2006; Eisman et al., 2015; Ibarra-Rovillard et Kuiper, 2011; Khatib et al., 2013; Van Loon et al., 2014; Wight et al., 2006). Ibarra-Rovillard et Kuiper (2011) précisent que l'individu doit avoir accès, dans son réseau de soutien, au type d'aide recherché afin que ce réseau soit un facteur de protection lors de situations difficiles. Khatib et ses collègues (2013) ainsi que Ibarra-Rovillard et Kuiper (2011) clarifient qu'il ne s'agit pas d'une relation de cause à effet et qu'il est important également de tenir compte d'autres facteurs contributifs possibles. Certaines recherches ont observé que les personnes présentant des symptômes dépressifs ont tendance à moins susciter le support de leur réseau de soutien. Lanson et Marcotte (2012) ajoutent que les adolescents déprimés vont moins s'engager dans des interactions sociales positives et cela pourrait entraîner un certain désengagement de leurs pairs. Par ailleurs, la perception d'un bon soutien social

favoriserait un meilleur rétablissement chez les personnes dépressives (Ibarra-Rovillard et Kuiper, 2011). Les adolescents ayant de faibles habiletés sociales ou ayant vécu au moins deux événements stressants sont plus à risque de développer des troubles anxieux et une dépression (Piché et al., 2017). Les relations adolescents-enseignants et l'environnement scolaire peuvent être des facteurs contribuant à l'émergence de symptômes dépressifs. Il existe un lien entre la perception de l'adolescent de la diminution du soutien de l'enseignant suite à la transition primaire-secondaire et le développement de symptômes dépressifs (Bélanger et Marcotte, 2013; Lanson et Marcotte, 2012). Lanson et Marcotte précisent que cette transition survient dans une période de développement où les adolescents sont à la recherche de modèles et de liens significatifs avec des adultes autres que leurs parents. Les facteurs sociaux sont donc des éléments à ne pas négliger également. Suivant ces constats au sujet de l'importance du soutien social, plusieurs thématiques ciblées dans les interventions de groupe provenant de la thérapie comportementale dialectique visent à aider l'adolescent à développer des relations stables et épanouissantes avec son entourage.

1.1.3 Facteurs environnementaux

Une pandémie mondiale a été déclarée par l'OMS le 11 mars 2020 (Hawke et al., 2020). Le gouvernement du Québec a également déclaré l'état d'urgence sanitaire le 13 mars 2020 (Lane et al., 2021). Cela a entraîné la fermeture des écoles et de plusieurs autres établissements à travers la province. Au cours des derniers mois, plusieurs mesures sanitaires ont été instaurées, retirées et remises en place telles que le confinement, le déconfinement, l'école en ligne, l'école en présentiel avec le port du masque, etc. Ces facteurs environnementaux ont une influence sur des étapes importantes du développement des adolescents (Hawke et al., 2020; Lane et al., 2021). La période de l'adolescence est une période où les interactions sociales avec les pairs sont importantes, où les jeunes sont à la recherche de sensations, où ils débutent leurs premières relations amoureuses, où ils développent leur autonomie et ils se détachent de leurs parents pour créer leur propre identité (Tardif-Grenier et al., 2021). Le confinement et la fermeture des écoles peuvent, par exemple, réduire les occasions de socialisation et de détachement des parents. Lane et al. (2021) précisent que l'environnement

scolaire peut répondre à des besoins favorisant le développement des adolescents. Ces éléments ont d'ailleurs été soulevés dans les facteurs sociaux tels que le soutien social des amis, le soutien social scolaire et les relations adolescents-enseignants. Le changement induit par les mesures sanitaires a eu des impacts sur la qualité de l'enseignement et la présence des enseignants (Lane et al., 2021). Ces éléments peuvent réduire la motivation et les moments de socialisation des étudiants du secondaire (Lane et al., 2021). De plus, les études ont soulevé des impacts au niveau des saines habitudes telles que l'augmentation du temps passé sur les appareils électroniques et la réduction de l'activité physique ainsi que du temps passé à l'extérieur (Lane et al., 2021). Comme mentionné plus haut, dans l'enquête québécoise effectuée auprès des jeunes du secondaire en 2016-2017, un lien avait été soulevé entre l'activité physique ainsi que le sommeil et le niveau de détresse psychologique ainsi que la présence de troubles de santé mentale (ISQ, 2018).

Un sondage transversal a été effectué auprès de 622 Ontariens âgés de 14 à 28 ans parmi des cohortes cliniques et de la population générale de cette tranche d'âge (Hawke et al., 2020). Ces auteurs ont utilisé l'instrument CRISIS pour identifier les impacts de la COVID-19 sur la santé mentale et l'utilisation de substances des participants. Parmi les participants, 59 étaient âgés de moins de 18 ans et ceux-ci provenaient tous de la cohorte clinique. Il est ressorti que plusieurs participants rapportaient être préoccupés par leur santé mentale. Ceux-ci observaient une détérioration de leur santé mentale comparativement à celle perçue avant la pandémie. Les auteurs ont remarqué que plus d'un tiers des participants provenant de la population générale pouvait répondre à des critères diagnostiques de troubles de santé mentale. D'autres préoccupations ressortaient également telles que l'inquiétude pour la santé d'un proche, des préoccupations au sujet des impacts potentiels sur leur cheminement scolaire et sur leur carrière. Ainsi, Hawke et al. (2020) soulèvent l'importance à accorder à ces impacts ainsi qu'aux impacts à plus long terme dans les services publics. Les auteurs précisent qu'il s'agit d'un sondage qui s'est effectué rapidement. Ils suggèrent donc d'effectuer ce même sondage avec un échantillon plus grand et plus diversifié puisque leur échantillon provenait de jeunes ayant fait une demande de service dans un centre universitaire hospitalier dans un milieu urbain. Ainsi, cet échantillon n'est pas

nécessairement représentatif de la population générale. Ils mentionnent aussi la possibilité qu'il existe un lien entre les personnes ayant répondu au sondage et l'expérience de ces personnes lors de cette pandémie.

Une série d'enquêtes en ligne a été menée par Statistique Canada du 15 janvier 2020 au 15 mars 2021 auprès de canadiens âgés de 15 ans et plus concernant les répercussions de la COVID-19, la reprise des activités économiques et sociales, les sources d'information consultées, l'utilisation de la technologie et la consommation d'alcool ou de drogues (Findlay et Arim, 2020). Lors de la première enquête concernant les répercussions de la COVID-19, une différence est observée chez les jeunes au niveau de leur perception de leur santé mentale (Findlay et Arim, 2020). Ainsi, en 2018, 62% des jeunes âgés de 15 à 24 ans avaient identifié avoir une excellente ou une très bonne santé mentale tandis qu'en 2020, 42% des jeunes de cette même tranche d'âge avaient identifié avoir une excellente ou une très bonne santé mentale. Les données de 2018 provenaient de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. La première enquête s'est déroulée du 29 mars au 3 avril 2020 et 4 600 Canadiens ont répondu à cette enquête. En juin 2020, une autre étude de cette même série d'enquêtes s'est intéressée au niveau de satisfaction à l'égard de la vie des canadiens (Helliwell et al., 2020). Les données récentes ont également été comparées à celles provenant de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2018. Une baisse est remarquée dans le niveau de satisfaction moyen à l'égard de la vie de 8,1 en 2018 à 6,7 en juin 2020 sur une échelle de 0 à 10. Il s'agit donc d'une baisse de 1,2. Cette diminution est plus élevée chez les jeunes de 15 à 29 ans soit de 1,8 comparativement aux données de 2018. En 2018, 72% des participants ont identifié un niveau de satisfaction de 8 ou plus tandis qu'en juin 2020, ce pourcentage était descendu à 40%. Il s'agit d'une diminution significative du niveau de satisfaction à l'égard de la vie. Il est donc pertinent de se concentrer sur la santé mentale des jeunes et les services offerts pour ceux-ci.

Lane et al. (2021) rapportent que des chercheurs de différents pays se sont intéressés aux conséquences de la pandémie COVID-19. Les conséquences suivantes ont été identifiées soit une augmentation du niveau de détresse psychologique, de l'anxiété, de la dépression, des troubles de sommeil,

des symptômes de stress post-traumatique, des idées suicidaires et de la consommation. Les études effectuées au Québec et au Canada sont peu nombreuses. Elles rapportent toutefois des conséquences similaires telles qu'une diminution des heures de sommeil, une hausse de la détresse psychologique, une hausse du stress et de l'anxiété, une hausse des symptômes dépressifs, une hausse des idéations suicidaires et une hausse de la consommation de cannabis et d'alcool (Lane et al., 2021). Parmi les quelques études québécoises et canadiennes auprès des adolescents, des auteurs rapportent une augmentation de l'anxiété chez les jeunes depuis la pandémie. L'anxiété peut augmenter les risques d'apparition de symptômes dépressifs, d'idéations suicidaires ainsi que de consommation d'alcool et de drogues et de réduire les capacités de concentration, les performances scolaires, les habiletés sociales et les habiletés d'adaptation (Lane et al., 2021). Toutefois, des études ont également révélé des impacts positifs de la pandémie pour certains adolescents soit une augmentation du temps passé en famille et une augmentation du temps passé dans les loisirs et le sport (Hawke et al., 2020; Tardif-Grenier et al., 2021). Ces éléments sont d'ailleurs identifiés plus haut comme des éléments pouvant avoir un impact positif sur la santé mentale.

La pandémie mondiale et les mesures sanitaires ont également été un facteur de risque de la santé mentale pour les familles vivant une perte d'emploi et de revenus, de l'isolement ainsi que des tensions conjugales et familiales (Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 2020). Bref, nous pouvons donc penser que les impacts liés à la COVID-19 sont des facteurs environnementaux influençant la santé mentale des adolescents et des parents. Il est à noter que l'intervention de groupe et la collecte de données de ce projet de stage a eu lieu à l'automne 2020 soit exactement pendant la pandémie. Il est donc possible que les résultats obtenus aient été affectés par cet événement. Dans les prochaines sections, la thérapie comportementale dialectique pierre angulaire de ce projet de stage sera présentée afin de démontrer l'intérêt de cette thérapie pour les adolescents et leurs parents.

1.2 Thérapie comportementale dialectique (TCD)

1.2.1 Origine et clientèles visées de la TCD

La thérapie comportementale dialectique provient d'un modèle intégratif de la thérapie cognitivo-comportementale, la pratique de la pleine conscience, la pratique de la validation ainsi que d'autres stratégies d'acceptation. Elle a été développée par Linehan dans les années 80 (Garny De La Rivière et al., 2017; Neacsiu et al., 2012; Rathus et Miller, 2015). Linehan a utilisé un mélange de ces thérapies, car elle observait que la thérapie cognitivo-comportementale ne fonctionnait pas auprès de la clientèle adulte suicidaire ayant un trouble de personnalité limite (Miller et al., 2007). Selon Linehan, la thérapie cognitivo-comportementale mettait trop d'emphase sur le changement. Cette importance accordée pouvait favoriser le sentiment déjà présent chez ces personnes d'être incomprises et jugées négativement. Elle a donc modifié certaines stratégies d'intervention de cette thérapie afin de mieux l'adapter à cette clientèle. Puis, le programme TCD de Linehan a été modifié pour être adapté aux adolescents par Miller, Rathus, Linehan, Wetzler et Leigh en 1997 (Rathus et Miller, 2015). La clientèle visée par ces auteurs était des adolescents suicidaires présentant des difficultés de régulation émotionnelle ainsi que différentes problématiques (Miller et al., 2007). Les habiletés pertinentes à acquérir pour cette clientèle étaient jugées similaires à la clientèle ciblée originalement par Linehan. Selon Fleming et al. (2015), différentes études font état de l'efficacité de cette thérapie auprès d'une population ayant divers problèmes de santé mentale dont l'une des caractéristiques communes est l'instabilité émotionnelle et comportementale. Rathus et Miller (2015) précisent que la plupart des adolescents vont expérimenter à différents degrés des difficultés de régulation émotionnelle lors de cette période de transition. D'ailleurs, Ladouceur (2016) avait également soulevé une plus grande réactivité émotionnelle et motivationnelle chez les adolescents en lien avec le développement du cortex pré-frontal impliqué dans la régulation des émotions. D'après Rathus et Miller (2015), le programme TCD pour adolescents peut même être aidant pour une population adolescente générale.

Selon Rathus et Miller (2015), la présence de difficultés de régulation émotionnelle et comportementale chez des adolescents serait liée à certains facteurs tels qu'un manque d'habiletés interpersonnelles, de

régulation des émotions et de la tolérance à la détresse. Il y aurait également des facteurs personnels, des facteurs familiaux, des facteurs sociaux et des facteurs environnementaux qui nuiraient à l'utilisation des habiletés déjà existantes chez ceux-ci. Sur le plan des facteurs personnels, il est indiqué que certaines personnes présenteraient une plus grande vulnérabilité émotionnelle (Rathus et Miller, 2015). Ces personnes seraient donc plus sensibles aux stimuli émotionnels. Elles peuvent détecter des informations émotionnelles que d'autres n'auront pas remarquées dans une même situation. Ces personnes vont vivre plus souvent des émotions intenses et vont rester envahies par ces émotions sur une plus longue période. L'impulsivité serait un autre facteur personnel. Cette caractéristique entraînerait les personnes à adopter des comportements impulsifs qui généreraient des problèmes dans les différentes sphères de leur vie. Les émotions intenses ressenties influenceraient grandement leurs comportements.

Les environnements sociaux invalidants et inefficaces sont des facteurs sociaux, familiaux et environnementaux. Un environnement invalidant envoie le message que les émotions ressenties par la personne sont inadéquates, exagérées ou ne méritent pas de s'en soucier. Cet environnement peut ignorer les réactions émotionnelles en n'offrant pas d'aide ou de support. Les personnes peuvent également se faire juger à propos de leurs réactions émotionnelles ou il peut leur être demandé de ne pas avoir cette réaction, par exemple, en se faisant reprocher de pleurer pour une situation jugée minime ou en se faisant demander de cesser de pleurer. Un environnement invalidant peut même punir les réactions émotionnelles. Par exemple, un adolescent exprime ressentir de la colère ou de la tristesse suite à un conflit avec un ami. Le parent peut lui indiquer de ne pas se mettre dans cet état émotionnel et que la situation se réglera le lendemain. Il devra aller dans sa chambre s'il ne se calme pas. Ainsi, le parent invalide la réaction émotionnelle de son enfant et propose une conséquence négative face à l'émotion exprimée. L'environnement peut également associer la réaction de la personne à d'autres motifs tel qu'un manque de motivation ou de volonté plutôt que de reconnaître la vulnérabilité émotionnelle. L'environnement social inefficace peut même encourager les comportements auto-destructeurs et les comportements suicidaires ainsi que les réactions émotionnelles intenses en modifiant ses attentes ou en offrant davantage de validation lors de la présence de ces comportements. Par exemple, un

adolescent fait plusieurs demandes à son parent pour quitter l'école, car il se sent anxieux ou inconfortable. Le parent l'encourage à rester à l'école. L'adolescent exprime avoir des idées suicidaires et demande de pouvoir retourner à la maison. Le parent accepte la demande et reste avec l'adolescent à la maison. Le parent vient valider la réaction émotionnelle intense face à l'inconfort. Bref, les difficultés de régulation des émotions proviennent souvent de la combinaison des facteurs personnels et facteurs sociaux mentionnés plus haut (Rahtus et Miller, 2015).

1.2.2 Objectif général et principes clés de la TCD

L'objectif général de cette thérapie est de guider les personnes dans la construction d'une vie satisfaisante en développant de meilleures capacités de régulation des émotions et de tolérance face aux émotions difficiles (Rathus et Miller, 2015). Il est donc visé de réduire les comportements autodestructeurs et d'augmenter les stratégies d'adaptation adéquates face aux situations problématiques. Ainsi, les personnes vont être davantage en mesure de vivre leurs émotions sans nécessairement avoir des comportements destructeurs ou à risque. Ces capacités vont les aider à développer des relations interpersonnelles plus satisfaisantes et à vivre des expériences positives. Des liens peuvent être faits entre ces habiletés et les facettes soulevées comme importantes par l'OMS dans la santé mentale des jeunes tels que le développement d'une identité positive et la capacité de gérer adéquatement ses pensées et ses émotions ainsi que la construction de liens sociaux significatifs.

Tout d'abord, il est important d'explicitier le terme dialectique puisqu'il s'agit d'un principe clé de la thérapie comportementale dialectique. Ce mot signifie que deux vérités opposées peuvent exister en même temps. Ainsi, pour une même situation problématique, il y a plusieurs perceptions possibles et plusieurs façons de la résoudre. Les différents points de vue sont à considérer plutôt que de maintenir une position dans une direction unique. Le but visé est d'arriver à un équilibre qui considère ces différents points de vue. Les thèmes de l'acceptation et du changement représentent également des principes directeurs de cette thérapie.

L'acceptation c'est d'accueillir tant les qualités que les vulnérabilités d'une autre personne ou de soi-même. Ce concept est autant valide pour l'adolescent que pour le parent ou l'intervenant. Une position dialectique combine l'acceptation et le changement, la flexibilité et la constance, un focus sur les capacités existantes et les habiletés manquantes ainsi qu'une attitude aimante et encourageante tout en privilégiant des défis de changements.

1.2.3 TCD et TCD modifié

Dans la littérature scientifique, le programme de thérapie comportementale dialectique (TCD) est présenté sous deux formes possibles soit le programme TCD appelé complet et le programme TCD modifié appelé approche d'orientation comportementale dialectique ou encore la TCD non globale (Jomphe, 2013). Le programme TCD complet pour les adolescents comprend les moyens d'intervention suivants : la thérapie individuelle, des interventions de groupe d'entraînement aux compétences, des rencontres familiales, du soutien téléphonique pour les adolescents et leurs parents ainsi que la supervision clinique pour les intervenants (Rathus et Miller, 2015). Il s'adresse à des adolescents présentant des difficultés sévères de régulation émotionnelle, ayant de nombreux comportements à risque, ayant deux à quatre diagnostics de problèmes de santé mentale du DSM-5 et ayant des difficultés dans différentes sphères de leur vie (Rathus et Miller, 2015). L'approche d'orientation comportementale dialectique ou la TCD non globale ne contient pas les modalités d'intervention suivantes : la thérapie individuelle TCD, les consultations téléphoniques et la supervision d'équipe hebdomadaire pour les intervenants (Jomphe, 2013). Elle est donc une version modifiée du programme TCD. Rathus et Miller (2015) mentionnent la possibilité d'adapter la thérapie comportementale dialectique à une population ayant des problématiques moins sévères. Ces adaptations peuvent ne contenir que certains modes d'intervention plutôt que le programme complet par exemple, en n'offrant que le groupe d'acquisition des compétences. Jomphe (2013) mentionne que le manque de ressources est souvent l'un des obstacles à l'application du programme de TCD complet. Cette difficulté était effectivement liée au choix d'appliquer seulement une intervention de groupe avec l'approche d'orientation comportementale dialectique dans ce projet de stage puisque tous les intervenants du service en santé mentale jeunesse n'étaient pas formés à cette

approche. De plus, l'application de la thérapie individuelle TCD, des groupes d'entraînement aux compétences et des consultations téléphoniques auprès des jeunes et de leurs parents demandent un nombre élevé de ressources humaines et un engagement important de plusieurs professionnels. Rathus et Miller (2015) recommandent en effet que le thérapeute individuel de l'adolescent ne soit pas le même que celui pour les parents. Cette recommandation est également valide pour les consultations téléphoniques. Ces consultations peuvent nécessiter l'achat de téléphones cellulaires et de forfaits téléphoniques. Cela exige aussi des intervenants formés à la TCD qu'ils soient disponibles de jour et de soir pour offrir ces consultations téléphoniques. Ces éléments représentent une augmentation importante des coûts. Jomphe (2013) indique qu'il n'était pas conseillé jusqu'en 2007 d'utiliser l'approche d'orientation comportementale dialectique ou appelée aussi la TCD non globale. Puis, des études ont été faites concernant uniquement les interventions de groupe d'entraînement aux compétences et cette modalité a été validée. C'est d'ailleurs cette modalité uniquement qui a été explorée dans ce projet de stage. Jomphe (2013) mentionne que l'approche d'orientation comportementale dialectique est moins présente au Québec étant donné que les formations sur la TCD ne sont pas offertes en français. J'ai effectivement suivi trois formations sur la TCD en langue anglaise dans la province de l'Ontario. Trois de mes collègues de travail impliqués dans la création et l'animation du groupe ont assisté à une ou deux de ces formations. Cette approche d'orientation comportementale dialectique mérite d'être davantage connue et appliquée au Québec.

1.2.4 Habiletés visées de la TCD dans les groupes d'acquisition de compétences

Le premier manuel d'intervention de l'enseignement des groupes de compétences de la TCD a été publié en 1993 par Linehan et comprenait quatre modules soient : la pleine conscience, la tolérance à la détresse, la régulation émotionnelle et l'efficacité interpersonnelle (Miller et al., 2007). La création de ces modules s'inspire des traits d'un trouble de personnalité limite. Les principales manifestations du trouble de personnalité limite sont les suivantes : une grande sensibilité et réactivité émotionnelle, des changements d'humeur fréquents, des tendances anxieuses et dépressives, une impulsivité, des perturbations de l'identité,

une instabilité dans les relations sociales, une peur de l'abandon, une présence de comportements à risque ou destructeurs, un sentiment de vie chronique et des symptômes dissociatifs (American Psychiatric Association, 2016). Ainsi, les habiletés à acquérir à travers ces modules visent à réduire les symptômes de ce trouble. Dans la dernière version de Rathus et Miller DBT skills Manual for adolescents (2015), cinq modules y sont présentés soit : la pleine conscience, la tolérance à la détresse, la régulation émotionnelle, l'efficacité interpersonnelle et le juste milieu (Walking the middle path)². La TCD propose ainsi l'acquisition de capacités pour intervenir sur certaines problématiques souvent présentes chez les jeunes ayant des difficultés de régulation émotionnelle et comportementale (Rathus et Miller, 2015). D'ailleurs des liens peuvent être faits entre les manifestations du trouble de la personnalité et les différents modules (Rathus et Miller, 2015). Ainsi, le tableau 2 présente les liens entre les modules, les habiletés à acquérir et les manifestations liées à un trouble de personnalité limite. Les modules sont présentés selon l'ordre proposé par Rathus et Miller (2015) lors des groupes d'entraînement aux compétences. De plus, ces auteurs recommandent de refaire des activités du module pleine conscience avant chaque nouveau module puisque la pleine conscience est un module clé.

Tableau 2

Liens entre les manifestations du trouble de personnalité limite, les modules et les habiletés à acquérir

Module	Habiletés	Manifestations
Pleine conscience	<ul style="list-style-type: none"> -Améliorer la conscience de soi et de son environnement -Améliorer la connaissance de soi -Améliorer ses capacités attentionnelles -Favoriser une meilleure prise de décision -Pratiquer à s'observer, observer les autres ou son environnement avec curiosité et sans jugement 	Sentiment de vide chronique, identité diffuse, symptômes dissociatifs, difficultés à identifier ses émotions, ses pensées et ses comportements impulsifs, faible capacité attentionnelle

² Je n'ai pas trouvé de littératures scientifiques francophones qui utilisent ce nouveau module. Il n'existe pas de nom francophone établi pour ce module. Ainsi, le terme « juste milieu » est ma propre interprétation.

<p>Tolérance à la détresse</p>	<p>-Développer des stratégies adéquates pour faire face aux situations difficiles plutôt que de réagir par des comportements destructeurs, des comportements à risque ou des comportements suicidaires tels que l'automutilation, les frénésies alimentaires (« binge ») et la consommation abusive de drogues ou d'alcool</p> <p>-Accepter la réalité sans pouvoir nécessairement la changer</p>	<p>Comportements impulsifs à risque et destructeurs lors d'émotions douloureuses</p>
<p>Le juste milieu (Walking the middle path)</p>	<p>-Développer la capacité à accepter différents points de vue (pensée dialectique)</p> <p>-Favoriser la validation de soi et des autres pour réduire les conflits familiaux</p> <p>-Favoriser un équilibre entre l'acceptation et le changement pour soi et les autres membres de sa famille</p> <p>-Favoriser un équilibre dans les dilemmes dialectiques parents-adolescents</p>	<p>Pensées noir ou blanc, invalidation de soi et des autres, conflits fréquents</p>
<p>Régulation des émotions</p>	<p>-Améliorer l'identification de ses émotions</p> <p>-Utilisation de stratégies pour réduire la souffrance émotionnelle</p> <p>-Augmenter les émotions positives et l'accumulation d'expériences positives</p>	<p>Grande sensibilité et réactivité émotionnelle, changements d'humeur fréquents, tendances anxieuses et dépressives, changements d'humeur fréquents</p>
<p>Efficacité interpersonnelle</p>	<p>-Développer de meilleures habiletés de communication et habiletés sociales</p> <p>-Développer et maintenir des relations interpersonnelles saines</p> <p>-Encourager le respect de soi-même dans ses relations interpersonnelles</p>	<p>Instabilité dans les relations sociales, peur de l'abandon, difficulté à maintenir des relations dans le respect de soi-même</p>

Une grande importance est accordée à la pratique d'habiletés dans la TCD afin de pouvoir les transposer dans la vie quotidienne. La description des habiletés visées provient de la lecture des livres DBT Skills Manual for adolescents (Rathus et Miller, 2015), du livre Dialectical Behavior Therapy with suicidal adolescents (Miller et al., 2007), du livre Dialectical Behavior Therapy Skills Training with Adolescents : A Practical Workbook For Therapists, Teens & Parents (Eich, 2015) ainsi que des formations reçues Dialectical Behaviour Therapy Skills Training par Dr. Krystle Martin en 2018, Comprehensive DBT for Adolescents par Dr. Michele Locke et Dr. Christine Sloss en 2019 et Comprehensive DBT for Adolescents & Families Part 2 par Dr. Christine Sloss en 2019. Le tableau 3 donne de brèves explications sur certaines stratégies qui seront mentionnées dans les prochaines sections de cet essai.

Tableau 3

Modules et stratégies de la TCD

Module	Stratégies abordées dans cet essai
Pleine conscience	Les trois états d'esprit : stratégie où la personne identifie dans quel état d'esprit elle est. Les trois états d'esprit sont : l'esprit rationnel, l'esprit émotionnel et l'esprit sage (combinaison ou intégration des deux premiers états d'esprit.
Tolérance à la détresse	Stratégies non abordées dans cet essai
Le juste milieu (Walking the middle path)	<p>Pensée dialectique : deux vérités peuvent exister en même temps. Pour une situation problématique, plusieurs perspectives existent.</p> <p>Validation : la validation consiste à faire comprendre à soi-même ou à l'autre que cela fait du sens, que cela est logique dans les circonstances et qu'il prend au sérieux ce que la personne ressent ou pense.</p> <p>Invalidation : l'invalidation survient lorsqu'une personne fait ressentir à une autre personne que ses réactions, ses émotions ou ses opinions ne sont pas appropriés.</p> <p>Dilemmes dialectiques adolescents, dilemmes dialectiques parents</p>
Régulation des émotions	Action opposée : agir différemment de la réaction émotionnelle spontanée si cette réaction entraînerait plus de tort. Par exemple, si une personne est anxieuse d'aller à l'école et aurait envie de quitter ou d'éviter, elle va plutôt s'exposer et se rendre ou demeurer à l'école.
Efficacité interpersonnelle	Stratégies non abordées dans cet essai

Bien que les habiletés soient reliées à des modules précis, elles peuvent servir dans plusieurs domaines et sont souvent complémentaires. Par exemple, il peut être difficile d'utiliser une stratégie de résolution de problèmes dans un conflit avec un membre de la famille lorsque le jeune se sent envahi par l'émotion. Il est donc préférable d'employer d'abord des stratégies de pleine conscience, de tolérance à la détresse et/ou de régulation des émotions afin d'être plus disponible. La pleine conscience favorise l'identification de ses émotions, de ses pensées et de ses réactions sans jugement envers soi-même. La personne doit observer ce qu'elle vit et ce qui se passe sans avoir à approuver ces éléments ou tenter de les changer. La reconnaissance de ces éléments peut aider lors de la recherche de solutions ou de stratégies vers un mieux-être. Le module le juste milieu (*Walking the middle path*) vise à favoriser la considération et l'acceptation des points de vue différents d'une situation problématique et des techniques de résolution de problèmes. Rathus et Miller (2015) précisent que ce module a été spécialement conçu pour les adolescents ayant des difficultés de régulation des émotions et leurs parents. Des dilemmes sont identifiés chez les adolescents et chez les parents. Dans ce module, l'équilibre pour chacun de ces dilemmes est visé. Ainsi, l'objectif est de rechercher un équilibre plutôt qu'aller d'un extrême à un autre (voir le tableau 4). Les personnes ayant des difficultés de régulation émotionnelle vont souvent passer de la sous-régulation à la sur-régulation. La sous-régulation fait référence à des réactions émotionnelles intenses et/ou explosives tandis que la sur-régulation fait référence à des réactions émotionnelles inhibées et contrôlées. La passivité active est décrite comme une recherche active de support de l'autre pour résoudre les problèmes tout en adoptant une position passive et impuissante. La compétence apparente est un désir de se montrer compétent et en contrôle malgré les difficultés de régulation émotionnelle. Les crises continuelles sont des réactions émotionnelles et des comportements intenses à chaque obstacle auquel la personne fait face. Ainsi, celle-ci peut être en état de crise chaque semaine dans des situations différentes. Le refoulement des expériences vécues est lié à un évitement involontaire et automatique des signes qui évoquent des traumatismes, des pertes et des réactions émotionnelles antérieures douloureuses. Les buts visés sont les habiletés ciblées pour réduire le passage d'un extrême à l'autre.

Tableau 4*Dilemmes dialectiques adolescent*

Dilemmes	Buts visés	Dilemmes
Sous-régulation		Sur-régulation
Vulnérabilité émotionnelle	Augmenter la régulation des émotions, réduire la réactivité émotionnelle	Invalidation de soi-même
Passivité active	Augmenter la résolution de problèmes active, réduire la passivité active	Compétence apparente
Crises continuelles	Augmenter la prise de décision, réduire les comportements autodestructeurs et de crise, augmenter l'acceptation des émotions et l'expérience d'un processus de deuil/acceptation	Refouler les expériences vécues

Il existe également des dilemmes concernant les attitudes parentales. Un équilibre est aussi visé pour ces attitudes parentales plutôt que le passage répétitif d'un extrême à l'autre.

Tableau 5*Dilemmes dialectiques parents*

Dilemmes	Équilibre visé	Dilemmes
Trop permissif	Encadrement clair, constant, cohérent, adapté aux stades de développement de l'enfant et avec une certaine souplesse	Trop strict
Encourager/ nourrir la dépendance	Accompagnement, encouragement et guidance vers l'autonomie	Forcer l'indépendance
Relation fusionnelle	Relation parent-adolescent permettant un processus d'individualisation et de séparation, interactions parent-adolescent positives et le soutien des parents est présent	Relation distante
Minimiser les comportements problématiques	Perception adéquate des comportements requérant une intervention et un support	Sur-réagir aux comportements typiques de l'adolescence
Attentes faibles	Attentes réalistes et adaptées pour son jeune	Attentes élevées
Investiguer/ Surprotéger	Permission de l'expérimentation tout en assurant une sécurité, adaptation du niveau de confiance selon les comportements de l'enfant	Grande confiance / Laisser faire

Il s'agit d'une influence bidirectionnelle entre les comportements des adolescents et les attitudes parentales. Par exemple, un adolescent présentant une passivité active face à une situation problématique, c'est-à-dire qu'il se montre impuissant face à une situation problématique et recherche activement qu'une autre personne résolve son problème peut encourager le parent à adopter une attitude parentale « extrême » tel qu'encourager la dépendance en faisant les actions pour résoudre la situation problématique lui-même. Ainsi, un adolescent peut nommer être incapable de remplir son inscription au CEGEP et démontrer une détresse, car les inscriptions se terminent dans quelques heures. Le parent se montre sensible à la détresse de son adolescent, il tente de le supporter, mais face à la passivité et il décide de le faire pour lui. Pour résoudre ces dilemmes, un équilibre entre l'acceptation et le changement chez les adolescents et les parents sont à préconiser. J'avais donc choisi dans mon projet de stage d'effectuer des interventions en dyade parent-adolescent étant donné que les habiletés visées de la TCD concernent autant les adolescents que les parents et que ceux-ci peuvent agir comme facteurs de changement.

La pleine conscience est identifiée comme un module clé de la thérapie comportementale dialectique (Eich, 2015 ; Gamy De La Rivière et al., 2017 ; Rathus et al., 2015 ; Rathus et Miller, 2015). Les techniques apprises dans ce module facilitent l'utilisation des stratégies des autres modules puisque ces techniques favorisent l'identification sans jugement de son état émotionnel et physique ainsi que l'observation de ses réactions émotionnelles spontanées. L'identification de ces éléments améliore la capacité de déterminer la stratégie aidante dans le moment présent plutôt que de réagir impulsivement. Par exemple, un parent peut observer se sentir fâché et inquiet suite au comportement de son enfant et la réaction de celui-ci lorsqu'il aborde un sujet. Il peut identifier avoir une envie initiale de crier ou de donner une conséquence extrême. À l'aide des techniques de pleine conscience, il peut reconnaître ces éléments et opter pour une stratégie qui ressemble davantage au parent qu'il désire être et qui ne favorise pas une escalade de la violence. Le parent peut également identifier son état d'esprit émotionnel et décider de la conséquence ultérieurement et donc, de reporter sa réponse. Kotsou (2015) compare cela à la fonction sur un appareil photo du retardateur. Cette fonction permet d'obtenir le délai nécessaire, avant la prise de la photo, pour se mettre dans la position désirée.

1.2.5 Études avec la TCD

La recension des écrits sur la thérapie comportementale dialectique s'est attardée à deux variables soit les études ciblant une population adolescente et celles utilisant les groupes d'acquisition de compétences provenant de la TCD. Les études proviennent des bases de données suivantes : APA PsycArticles, APA PsycInfo, Elsevier ScienceDirect Journals, MEDLINE, Psychology and Behavioral Sciences Collection, SAGE CRKN Journals, Wiley Online Library : Complete Journals. Lors de la recherche dans le catalogue de l'UQO contenant le répertoire des livres de la bibliothèque et des bases de données pour lesquelles l'université est abonnée, très peu d'études francophones répondant aux critères mentionnés plus haut sont ressorties. Des articles scientifiques provenant de revues auxquelles l'UQO n'est pas abonnée ont été utilisés afin d'obtenir des études publiées au cours des dix dernières années. Cette courte recension des écrits comprend 9 articles et une thèse. Dans la thèse de doctorat en psychologie, deux études sont décrites. Ainsi, cela donne 11 études au total. Parmi ces 11 études, 5 proviennent des États-Unis (Fischer et Peterson, 2015; McCauley et al., 2018 ; Murray et al., 2015 ; Rathus et al., 2015 ; Shelton et al., 2011). Deux études ont été faites au Canada et plus précisément au Québec (Janelle, 2014). Il y a eu un groupe d'acquisition de compétences francophone et un groupe anglophone dans l'une des études au Québec. Dans l'article de Uliaszek et al. (2014), le lieu géographique des participants n'est pas mentionné. Toutefois, la majorité des auteurs de cet article travaillent aux États-Unis sauf une qui est reliée à l'Université de Toronto en Ontario. Il est donc fort possible que les participants de cette étude soient aux États-Unis ou au Canada. Puis, les trois autres études proviennent de l'Europe soit la France (Garny De La Rivière et al., 2017), la Norvège (Mehlum et al., 2014) et le Royaume-Uni (Stewart et al., 2015). Dans chacune des études où le sexe est précisé, il y a un nombre plus élevé de participants de sexe féminin que de sexe masculin sauf pour l'étude effectuée par Shelton et ses collègues (2011) dont la population cible était des jeunes de sexe masculin incarcérés. Malheureusement, le sexe des adolescents ainsi que celui des parents participants n'est pas toujours identifié. L'âge des adolescents varie entre 12 et 18 ans sauf pour l'étude de Shelton et ses collègues où l'âge des adolescents se situe entre 16 et 19 ans. La tranche d'âge 14-17 ans est celle qui revient le plus souvent soit dans 4 études sur 11 (Fischer et Peterson, 2015 ; Janelle, 2014 ; Murray et al., 2015). Uniquement deux études ont utilisé un groupe contrôle

soit : McCauley et ses collègues (2018) ainsi que Mehlum et ses collègues (2014). Parmi les onze études, les principaux critères d'inclusion ciblés par les auteurs sont les comportements d'automutilation/ autodestructeurs (n =7 études), les traits de personnalité limite (6) ainsi que les idéations et comportements suicidaires (5). Trois études s'intéressent également aux symptômes de troubles des conduites alimentaires plus spécifiquement des symptômes de boulimie. Deux études identifient les problèmes de comportements et d'impulsivité comme des critères d'inclusion pour les participants. Bref, tous ces participants ont comme point commun des difficultés de régulation émotionnelle et comportementale. Comme mentionné plus haut dans la description de la TCD, les cinq modules visent à acquérir différentes habiletés qui favoriseront une meilleure régulation émotionnelle et comportementale.

La durée du programme TCD varie entre 11 semaines et 6 mois parmi les 11 études ressorties. Le programme TCD complet est effectué dans 5 études sur 11 (Fisher et Peterson, 2015; Janelle, 2014; McCauley et al., 2018; Rathus et al., 2015) pour une durée de 20 semaines à 6 mois. Une étude a appliqué tous les modes d'intervention (thérapie individuelle, groupe d'acquisition de compétences, consultation téléphonique, supervision clinique), mais ne touche qu'à 3 modules dans l'intervention de groupe (Garny De La Rivière et al., 2017) et sa durée est de 12 semaines. Certains auteurs ont modifié la TCD pour l'appliquer à leur population cible soit en modifiant les informations transmises dans les groupes d'acquisition de compétences pour faciliter la compréhension ainsi que pour présenter des exemples applicables à leur réalité ou en intégrant d'autres approches telles que l'approche systémique, la thérapie cognitivo-comportementale ou la thérapie familiale selon Maudsley. Les groupes d'entraînement aux compétences s'offrent majoritairement en présence des adolescents et des parents soit dans 7 études sur 11 (Janelle, 2014; Mehlum et al., 2014; Murray et al., 2015; Rathus et al., 2015; Stewart et al., 2015; Uliaszek et al., 2014). D'ailleurs, ces groupes sont appelés des groupes multi-famille (Rathus et Miller, 2015). Trois études ont proposé des groupes d'acquisition de compétences uniquement aux adolescents (Garny De La Rivière et al., 2017; McCauley et al., 2018; Shelton et al., 2011). Toutefois, Garny De La Rivière et ses collègues (2017) ont offert quelques rencontres aux parents. Fischer et Peterson (2015) ont effectué des groupes d'adolescents et de parents d'entraînement aux compétences

séparés. Parmi les 11 études ressorties, la plupart des auteurs ont utilisé les 5 modules de Miller et ses collègues (2007) pour les groupes d'acquisition de compétences soit : la pleine conscience, la tolérance à la détresse, la régulation émotionnelle, l'efficacité interpersonnelle et le juste milieu (Walking the middle path).

Les 3 principaux effets des interventions ressortis des 11 études sont l'augmentation de stratégies et de compétences pour une meilleure régulation émotionnelle et comportementale, la réduction d'épisodes d'automutilation et de comportements autodestructeurs ainsi que la réduction de traits de personnalité limite. Un tableau a été créé afin de faciliter la lecture des résultats observés chez les participants de chacune des études utilisées dans cette recension des écrits.

Tableau 6

Recension des écrits des études portant sur les groupes d'habiletés de la TCD chez les adolescents

Études	Résultats
Fischer et Peterson (2015)	Réduction des épisodes d'automutilation Réduction de symptômes de troubles des conduites alimentaires (réduction des épisodes de frénésie alimentaire, réduction de comportements de purgation)
Garny De La Rivière et ses collègues (2017)	Réduction des traits de personnalité limite Amélioration de stratégies et compétences (régulation des émotions, tolérance à la détresse, pleine conscience)
Mehlum et ses collègues (2014)	Réduction des épisodes d'automutilation (plus nombreux que les participants du groupe contrôle) Réduction de l'intensité des idées suicidaires (plus nombreux que les participants du groupe contrôle) Réduction des symptômes dépressifs (plus nombreux que le groupe contrôle)
Uliaszek et ses collègues (2014)	Réduction des comportements internalisés et externalisés

Stewart et ses collègues (2015)	<p>Amélioration de stratégies et des compétences pour une meilleure régulation émotionnelle et comportementale</p> <p>Réduction de symptômes de troubles des conduites alimentaires</p> <p>Réduction de symptômes dépressifs</p> <p>Amélioration des relations familiales, développement de nouvelles stratégies pour communiquer entre les membres de la famille</p>
Murray et ses collègues (2015)	<p>Amélioration de stratégies et compétences pour une meilleure régulation émotionnelle et comportementale</p> <p>Réduction de symptômes des troubles des conduites alimentaires (réduction de préoccupation au niveau du poids et de la silhouette, réduction des épisodes de frénésie alimentaire, réduction de comportements de purgation)</p> <p>Augmentation du sentiment d'efficacité des parents à supporter leurs adolescents</p>
Rathus et ses collègues (2015)	<p>Amélioration des relations familiales (réduction des conflits, rapprochement dans la relation parent-adolescent)</p> <p>Possible amélioration au niveau du fonctionnement familial (besoin d'une évaluation systémique pour clairement arriver à cette conclusion)</p> <p>Module le juste milieu (Walking the middle path) est identifié comme le plus aidant, les notions sur la validation sont ciblées comme les notions les plus aidantes dans ce module, 3 des 5 stratégies jugées les plus utiles par les adolescents et les parents proviennent de ce module</p> <p>Cinq techniques les plus aidantes pour les adolescents en ordre de préférence : la validation, le renforcement positif, l'esprit sage, la pensée dialectique et agir efficacement</p> <p>Cinq techniques les plus utiles pour les parents en ordre de préférence : la validation, l'esprit sage, le renforcement, la pensée dialectique et agir efficacement</p>
McCauley et ses collègues (2018)	<p>Réduction des épisodes d'automutilation</p> <p>Réduction des comportements suicidaires</p>

	Meilleure participation aux rencontres pour les adolescents du groupe TCD comparativement au groupe contrôle
Janelle (2014) Clinique des troubles de l'humeur Hôpital Rivière-des-Prairies	Amélioration des stratégies et des compétences (pleine conscience, tolérance à la détresse, régulation des émotions) Réduction des comportements autodestructeurs Réduction des traits de personnalité limite
Janelle (2014) Clinique externe des troubles dépressifs et suicidaires- Jeunes Institut universitaire en santé mentale Douglas	Augmentation des stratégies et des compétences (pleine conscience, tolérance à la détresse, régulation des émotions, efficacité interpersonnelle) Réduction des comportements autodestructeurs Réduction des traits de personnalité limite
Shelton et ses collègues (2011)	Réduction de l'agressivité Réduction de billets disciplinaires reçus

La majorité des études avaient comme objectif de vérifier la validité et l'efficacité d'un programme TCD auprès d'adolescents présentant certains symptômes ou difficultés liés à la régulation émotionnelle et comportementale. Quelques-uns souhaitaient comparer la TCD à d'autres traitements ou intégrer des traitements déjà reconnus à la TCD. Deux études se sont également intéressées aux conditions requises pour la mise sur pied d'un programme TCD. Malgré la participation demandée des parents et leur implication dans le programme TCD dans sept études, seulement trois études ont exploré les résultats chez ceux-ci (Murray et al., 2015 ; Rathus et al., 2015 ; Stewart et al., 2015). Dans l'étude du nouveau module Walking the Middle Path effectuée par Rathus et ses collègues (2015), les parents et les adolescents avaient ciblé ce module et celui de la pleine conscience comme les plus aidants. Les participants remarquaient une réduction des conflits et une meilleure relation parent-adolescent suite à la pratique de la validation. Les auteurs précisait que les résultats semblaient démontrer une amélioration du fonctionnement familial et ils recommandaient une évaluation écosystémique pour valider cette impression. Comme mentionné plus haut, les relations familiales conflictuelles

et un faible soutien social familial sont deux éléments identifiés comme des facteurs familiaux qui peuvent favoriser l'émergence, le maintien ou l'aggravation de symptômes de problèmes de santé mentale. Ainsi, une diminution de conflits, une amélioration de la relation parent-adolescent avec la pratique de techniques apprises dans le groupe d'acquisition de compétences peuvent être des éléments favorisant des facteurs de protection au niveau de la santé mentale.

Gamache Martin et ses collègues (2017) ont effectué une étude auprès de mères ayant des enfants de 18 ans et moins et présentant des difficultés sévères de régulation des émotions. Ces mères ont participé à un groupe d'entraînement aux compétences TCD et pouvaient avoir accès à des consultations téléphoniques lors de difficultés pour favoriser l'intégration des compétences au quotidien. Gamache Martin et al. (2017) souhaitaient vérifier si les mères utilisaient les techniques reçues dans leur rôle parental et si ces compétences amélioraient leurs capacités parentales. L'utilisation de la validation était ressortie comme aidante pour les participantes de cette étude tout comme celle de Rathus et ses collègues (2015). Les mères avaient partagé utiliser les compétences apprises dans leur rôle parental ainsi que dans leur vie personnelle. Ainsi, les groupes d'acquisition de compétences pourraient être bénéfiques pour la santé mentale des parents. Bref, les impacts possibles sur les facteurs familiaux, la santé mentale des jeunes ainsi que celle des parents faisaient partie des motifs à la base de mon désir de me centrer sur ces sujets lors de l'utilisation d'une approche d'orientation comportementale dialectique auprès d'adolescents et de leurs parents. Je me suis également intéressée aux répercussions de la TCD sur les parents dans l'exercice de leur rôle parental. J'ai trouvé ce programme pertinent puisqu'il offre des services simultanément aux jeunes et aux parents en visant l'augmentation de différents facteurs de protection en santé mentale.

Chapitre 2 Méthodologie

2.1 Objectifs de stage

Mes objectifs de stage étaient les suivants : 1. Élargir l'offre de services ciblant la relation parent-adolescent afin de mieux répondre aux besoins de cette population cible ; 2. Explorer la perception des participants (parents et adolescents) des effets de l'intervention de groupe d'orientation comportementale dialectique sur certains facteurs de protection favorisant la santé mentale des adolescents et des parents tels que la présence de soutien social, des relations parents-adolescents harmonieuses et un bon engagement parental ; 3. Explorer la perception des participants des effets de l'intervention de groupe sur leur santé mentale et 4. Obtenir les impressions des participants concernant l'animation, le contenu des rencontres et l'intervention de groupe en ligne. Dans la plupart des études dans ma recension des écrits sur la thérapie comportementale dialectique, les auteurs se sont concentrés sur les impacts de cette thérapie sur les symptômes associés aux troubles mentaux des jeunes. Je désirais donc m'intéresser davantage à d'autres facteurs contributifs en santé mentale dans une vision plus systémique. De plus, plusieurs recherches démontrent un lien existant entre des facteurs familiaux et sociaux ainsi que la santé mentale.

2.2 Approche méthodologique

Il s'agissait d'une recherche qualitative non-expérimentale avec une approche méthodologique descriptive qualitative telle que décrite par Sandelowski (Sandelowski, 2000; Sandelowski, 2010). L'approche méthodologique était également teintée par la phénoménologie, car nous souhaitions obtenir la perception des participants sur les effets de ce groupe sur certains facteurs socio-familiaux. Ainsi, les participants ont décrit leurs perceptions des effets sur leur expérience vécue. Ce projet de stage est inspiré de mes observations professionnelles au cours de mes années de pratique en santé mentale adulte et jeunesse ainsi que du profil de la clientèle mentionné dans l'introduction. Comme travailleuse sociale œuvrant auprès de parents ayant des enfants souffrant de problèmes de santé mentale et intervenant auprès de familles, je crois qu'il est pertinent

d'explorer davantage les impacts des groupes d'acquisition de compétences d'orientation comportementale dialectique pour cette population cible. Rathus et Miller (2015) identifient que les interventions familiales de groupe avec la thérapie comportementale dialectique peuvent améliorer les interactions familiales et entraîner un rapprochement dans la relation parent-adolescent. De plus, la participation des parents dans les groupes d'entraînement aux compétences encouragerait la pratique dans le milieu familial des stratégies apprises et favoriserait le maintien des impacts positifs de la thérapie à plus long terme (Uliaszek et al., 2014). Avant ce projet de stage, l'intervention de groupe parents-adolescent n'était pas offerte dans les services en santé mentale jeunesse. Ainsi, je croyais que cela pourrait bonifier l'offre de services de mon établissement. Après avoir suivi des formations sur la TCD et effectué des lectures sur ce sujet, j'ai construit un programme de rencontres parents-adolescents avec cette approche. Dans l'élaboration de ces rencontres, je me suis inspirée du modèle de groupe d'acquisition de compétences multifamille présenté dans le livre DBT Skills Manual for Adolescents (Rathus et Miller, 2015). Rappelons que ce modèle comprend cinq modules : la pleine conscience, la tolérance à la détresse, la régulation émotionnelle, l'efficacité interpersonnelle et le juste milieu (Walking the middle path). Puisqu'il n'était pas possible d'effectuer ce programme dans son intégralité compte tenu des coûts importants, des ressources humaines sollicitées ainsi que des formations nécessaires, lors de la création des rencontres de groupe, des habiletés à privilégier ont été ciblées. Je me suis d'ailleurs inspirée de l'étude de Rathus et al. (2015), de mes lectures sur cette approche et des formations reçues pour faire mes choix. Dans l'étude de Rathus et al. (2015) auprès d'adolescents et de leurs parents, les auteurs font ressortir les cinq techniques les plus utiles pour les adolescents (la validation, le renforcement positif, l'esprit sage, la pensée dialectique et agir efficacement) et les plus utiles pour les parents (la validation, l'esprit sage, le renforcement, la pensée dialectique et agir efficacement). Ainsi, les mêmes techniques pour les parents et les adolescents sont ressorties, mais dans un ordre différent. Des modifications ont également été apportées pour tenir compte des nouvelles mesures sanitaires durant cette pandémie. Ainsi, les rencontres de groupe se sont déroulées par visioconférence. L'utilisation de plateforme de visioconférence pour offrir des services de psychothérapie gagne en popularité depuis plusieurs années (Norwood et al., 2018). D'ailleurs, Morris et Hirschtritt (2020) ainsi que Zhou et al. (2020) rapportent que la télépsychiatrie peut être un moyen efficace à utiliser dans l'offre de services

en santé mentale. Des avantages au niveau de l'accessibilité ressortent dont la possibilité d'accéder à des services spécialisés malgré une distance géographique ainsi que l'absence de coûts liés au déplacement ou au stationnement (Banbury et al., 2018 ; Ouellet-Morin et al., 2021). D'ailleurs, lors du recrutement des participants, des intervenants de différents points de service ainsi que les guichets d'accès jeunesse de plusieurs secteurs d'un Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) ont été interpellés pour proposer ce service aux familles. Banbury et al. (2018) soulèvent des bénéfices supplémentaires à cette utilisation comme l'accessibilité pour une personne à mobilité réduite et la diminution des obstacles liés au temps. Morris et Hirschtritt (2020) mentionnent également que cette technologie permet une continuité des services malgré la présence de symptômes liés à la COVID ou un besoin d'isolement. Durant la période de ce groupe d'intervention, les consignes de mesures sanitaires ne permettaient pas d'offrir des interventions de groupe en présentiel. Ce fut donc un service innovateur et permettant la continuité des services en santé mentale.

2.3 Échantillonnage et critères d'inclusion et d'exclusion

L'échantillonnage était de type non probabiliste et accidentel puisque les participants provenaient de la liste d'attente et de références de professionnels de services en santé mentale jeunesse d'un établissement public de santé et services sociaux du Québec. Les critères d'inclusion des participants du groupe d'acquisition des compétences d'orientation comportementale dialectique parents-adolescents étaient les suivants : la participation d'un adolescent âgé de 13 à 17 ans accompagné d'un de ses parents ; la présence de difficultés dans la relation parent-adolescent ; la présence de difficultés de régulation émotionnelle et comportementale chez l'adolescent ayant des impacts dans ses relations familiales et sociales ; les participants devaient être capables de s'exprimer en français et de comprendre cette langue ; les participants devaient avoir accès à un ordinateur ou à un appareil mobile avec connexion Internet et compatible avec l'application de vidéoconférence Zoom et les participants devaient également avoir un forfait Internet ayant une capacité mensuelle suffisante afin d'éviter qu'un supplément ne leur soit facturé (application consommatrice de données). Les difficultés de

régulation émotionnelle et comportementale pouvaient s'exprimer par des comportements internalisés et externalisés tels que des idées suicidaires, de l'automutilation, des symptômes dépressifs, des symptômes de troubles des conduites alimentaires, de l'impulsivité et de l'anxiété. Les critères d'exclusion au groupe étaient les suivants : un adolescent ou un parent ayant reçu un diagnostic d'un trouble du spectre de la schizophrénie, de l'autisme ou d'un trouble de développement intellectuel ; un participant présentant un niveau de dysfonctionnement élevé pour lequel cette modalité d'intervention ne serait pas appropriée ou suffisante (une personne présentant un risque suicidaire ou homicidaire élevé, une non-fréquentation scolaire chronique pour les moins de 16 ans, des comportements délinquants ou antisociaux graves) et une famille pour laquelle des violences intrafamiliales graves et structurées ont été identifiées. Ces critères ont été évalués lors d'entrevues de sélection des participants pour les dyades provenant de la liste d'attente en santé mentale jeunesse auprès du parent participant. Pour les jeunes ayant déjà un suivi en santé mentale jeunesse, ces critères ont également été validés par l'intervenant impliqué auprès de la famille.

2.4 Participants

Le nombre visé de participants était entre 10 et 12 participants soit 5 ou 6 dyades parent-adolescent. Le même parent devait être présent à toutes les rencontres. Six dyades parents-adolescents avaient été recrutées. Toutefois, une dyade a annulé sa participation avant la première rencontre de groupe suite à un conflit familial important qui a mené à un déménagement du jeune chez ses grands-parents. Cette dyade n'a donc pas participé aux rencontres de groupe et n'a pas été comptabilisée dans les résultats. Cinq adolescents, dont trois filles et deux garçons, ont donc participé à l'intervention de groupe. Parmi ces adolescents, 3 étaient âgés de 15 ans et 2 étaient âgés de 13 ans. Ils fréquentaient tous une école secondaire. Quatre adolescents sur cinq avaient reçu plus d'un diagnostic de problème de santé mentale dont trois avec un diagnostic de trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H). Tous les participants habitaient avec une fratrie. Un nombre plus élevé d'adolescents vivaient au sein d'une famille nucléaire.

Tableau 7*Bref portrait des adolescents participants*

Nom fictif	Justin	Jacob	Lily	Sarah	Marie
Sexe	M	M	F	F	F
Âge	15	13	15	15	13
Diagnostiques en santé mentale	TDA/H, Syndrome de Gilles de la Tourette (SGT), Dysthymie	TDA/H, Trouble de l'opposition	Aucun connu (symptômes d'anxiété)	Trouble d'anxiété généralisée, dépression	TDA/H, Trouble de l'opposition
Situation familiale	Famille nucléaire	Famille recomposée	Famille nucléaire	Garde partagée	Famille nucléaire
Composition des milieux de vie	Mère, père, sœur et frère.	Mère, beau-père, demi-sœur maternelle, fils du conjoint d'une union antérieure (garde partagée).	Mère, père, 2 frères.	Milieu de vie 1 : Mère, conjoint de la mère (occasionnellement) et sœur. Milieu de vie 2 : Père et sœur.	Mère, père et frère

Dans les cinq dyades parent-adolescent, trois parents étaient des pères et deux étaient des mères. Trois adolescents participants ont au moins un parent présentant un diagnostic de santé mentale. Parmi les parents participants, deux avaient un diagnostic de trouble de santé mentale. L'âge des parents variait entre 39 et 50 ans. Tous les parents participants avaient effectué des études post-secondaires.

Tableau 8*Bref portrait des parents*

	Geneviève	Chantal	Marc	Hughes	Philippe
Sexe	F	F	M	M	M
Âge	39	37	47	50	48
Relation avec l'adolescent	Mère de Justin	Mère de Jacob	Père de Lily	Père de Sarah	Père de Marie
Diagnostiques de santé mentale	TDA/H	Aucun connu (symptômes de TDA/H)	Dépression, anxiété	Aucun	Aucun
Diagnostiques de santé mentale de l'autre parent	Aucun	Aucun	Dépression, anxiété	Bipolaire	Aucun
Occupation	Éducatrice	Éducatrice	Monteur – assembleur d'acier	Superviseur en contrôle d'inventaire	Ingénieur

Niveau d'études le plus élevé	Diplôme d'études collégiales (DEC)	DEC	Diplôme d'études professionnelles (DEP)	DEP	Études universitaires
Niveau d'études le plus élevé de l'autre parent	Études secondaires non complétées	Études secondaires non complétées	DEP	DEC	Études universitaires

2.5 Instruments de mesure

Les facteurs socio-familiaux ont été abordés avec les participants à l'aide d'un questionnaire et d'une entrevue semi-dirigée avant et après les rencontres de groupe. Ainsi, pour chaque dyade participante, il y a eu un questionnaire adolescent pré-groupe, un questionnaire adolescent post-groupe, un questionnaire parent pré-groupe, un questionnaire parent post-groupe, une entrevue individuelle pré-groupe avec l'adolescent, une entrevue individuelle post-groupe avec l'adolescent, une entrevue individuelle pré-groupe avec le parent et une entrevue individuelle post-groupe avec le parent. Les questionnaires ainsi que les canevas des entrevues sont mis en annexe (Annexe A à H). Les entrevues individuelles pré-groupe et post-groupe ont été effectuées en visioconférence avec l'application Zoom afin de respecter les mesures sanitaires recommandées et duraient en moyenne 90 minutes. Les facteurs familiaux et sociaux ciblés par les instruments de mesure ont été choisis puisqu'ils ont été identifiés comme des facteurs de protection ou de risque en santé mentale par plusieurs auteurs. La comparaison entre les questionnaires pré-groupe et post-groupe a permis d'identifier les changements possiblement survenus suite à la participation au groupe. Le choix des données recueillies a été fait durant la préparation du projet de stage et donc, avant l'analyse des résultats et la rédaction de l'essai. Ainsi, certaines données n'ont pas été utilisées, car l'exploitation de toutes les données compilées requerrait un travail d'une grande envergure. De plus, ces données étaient peu pertinentes pour la question développée dans cet essai.

Tableau 9*Données recueillies par les instruments de mesure*

	Données pré-groupe	Données post-groupe	Informations utilisées dans l'analyse
Données sociodémographiques	X	X	X
État de santé physique et mentale	X	X	X
Habitudes de vie et de consommation	X	X	
Loisirs et implication sociale	X	X	
Relations sociales	X	X	
Facteurs familiaux et sociaux (soutien social familial et social perçu, la qualité des relations parents-adolescents, la qualité des relations sociales et le niveau d'engagement parental)	X	X Perception des effets sur les facteurs socio-familiaux suite à leur participation à ce groupe d'intervention	X
Utilité des stratégies abordées		X	X
Observations faites et impressions sur les activités de pleine conscience		X	X
Préférences d'horaire et de modalité		X	X

2.6 Déroulement

Une approbation conditionnelle par le Comité central d'éthique de la recherche (CCER) du ministre de la Santé et des Services sociaux a été obtenue en juin 2020 permettant de débiter le recrutement. Puis, une approbation finale a été émise en septembre 2020 avant de commencer la prise de données pré-groupe. Après avoir fait une entrevue de sélection avec l'un des parents de l'adolescent participant et obtenu le formulaire d'information et de consentement signé par la dyade, les participants ont été invité à remplir un questionnaire pré-groupe sur SurveyMonkey. Par la suite, chaque participant a fait une entrevue semi-dirigée pré-groupe.

Puis, deux demandes de modification ont été faites l'une en septembre et l'autre en octobre 2020 pour l'approbation des documents liés à l'animation des rencontres de groupe et les documents remis aux participants après ces rencontres.

Les rencontres de groupe ont débuté à raison de deux rencontres par semaine pendant sept semaines. Les rencontres de groupe avaient une durée approximative d'une heure et se déroulaient en soirée. Un adolescent ou un parent ne pouvait pas participer à une rencontre sans la présence de l'autre membre de sa dyade parent ou adolescent. Leur décision de ne pas participer à ce projet ou de se retirer n'aurait eu aucune conséquence sur la qualité des soins et des services auxquels ils ont le droit ou sur leur relation avec les intervenants. Les rencontres de groupe débutaient toutes, sauf la première, par une activité de pleine conscience. Ensuite, une thématique liée à la TCD était abordée et pratiquée en dyade, en jumelage de dyade ou en grand groupe. Un retour était fait après ces pratiques pour aborder les obstacles possibles, les points positifs ressortis et ainsi que pour discuter de l'application de la pleine conscience dans leur vie. Chaque semaine, les participants avaient un exercice à faire. En dyade parent-adolescent, ils devaient mettre sur une feuille les éléments appris durant la semaine qu'ils souhaitaient retenir. Cela pouvait être fait par écrit ou en image. Pour la dernière semaine, l'exercice consistait à identifier un mot ou une expression qui représente bien ce qu'ils retenaient du groupe. La structure des rencontres de groupe est mise en tableau à l'Annexe I. Lors de la dernière rencontre, les habiletés apprises au cours de l'intervention de groupe étaient révisées. Les participants étaient également invités à partager leur appréciation générale sur le contenu des rencontres et sur les modalités utilisées.

Une nouvelle approbation de demande a été obtenue en novembre 2020 des instruments de mesure pour la prise des données post-groupe. Deux à quatre semaines après avoir complété les rencontres de groupe, chaque adolescent et parent a participé à une entrevue semi-dirigée individuelle post-groupe et a été invité à remplir un questionnaire post-groupe sur SurveyMonkey.

2.7 Analyse des résultats

Les entrevues pré-groupe et post-groupe ainsi que les rencontres de groupe étaient enregistrées sur l'application de visioconférence Zoom afin de permettre l'utilisation de ces données lors de l'analyse des résultats. Les participants avaient consenti à ces enregistrements (Annexe K). L'analyse des données s'est faite par l'analyse de contenu (Fortin et Gagnon, 2016). Ainsi, nous³ avons transcrit les verbatim des entrevues pré-groupe et des entrevues post-groupe des cinq adolescents participants et des cinq parents participants afin de faire ressortir des catégories parmi les réponses de ceux-ci. Nous avons construit un tableau reliant chacune des questions des entrevues aux objectifs de stage. Puis, nous avons rempli un tableau d'analyse pour chaque participant. Nous avons inscrit les thèmes ressortis lors des réponses des participants afin de créer des regroupements avec les autres participants. Ainsi, cela nous a permis de ressortir les principaux commentaires des participants sur les améliorations observées, la détérioration ou le maintien de certaines difficultés au niveau de leur santé mentale et des facteurs socio-familiaux ainsi que sur leurs impressions sur le contenu et la structure des rencontres de groupe. Les questionnaires post-groupe contenaient également des données intéressantes sur les sujets mentionnés plus haut. Nous avons également construit des tableaux pour mettre en commun ces commentaires.

Tableau 10

Exemple de tableau d'analyse de contenu de données post-groupe

Question	Objectif 1	Objectif 2 Facteurs familiaux	Objectif 3 Santé mentale	Objectif 4	Codes
Question 10 : Comment décrirais-tu ton humeur générale ces dernières semaines? Quels changements remarques-tu			Un peu plus bête, plus fatigué, tanné. Bien oui, c'est l'école en ligne. [facteur contributif de son humeur]		Humeur – Facteur contributif école Humeur –

³ Dans la section Analyse des résultats, le nous représente les membres de l'équipe de recherche soit ma directrice de stage, mes collègues de travail et moi-même.

sur ton humeur depuis ta participation au groupe?			Aucun changement. [changement dans son humeur avec les rencontres]		
Question 17 : Si tu avais à identifier ce qui t'a le plus aidé dans le groupe ce serait quoi?		De comprendre que je ne suis pas le seul ado comme ça. [...] Je voyais que le monde avait des problèmes dans leurs relations. [relation parent-adolescent]			Normalisation + Relation parent-adolescent + Communication +

Chapitre 3 Résultats

3.1 Perception des participants des effets sur les facteurs familiaux

Quatre adolescents sur cinq trouvaient que leur parent les comprenait mieux qu'au début du programme. De plus, les cinq parents ont nommé mieux comprendre leur adolescent. Les motifs possibles de ces améliorations diffèrent d'une dyade à l'autre ainsi que l'importance de ce changement. Certains adolescents identifiaient une petite amélioration à ce niveau tandis que d'autres identifiaient un changement plus significatif. Toutefois, dans la majorité des dyades, des améliorations au niveau de la communication autant au niveau de l'adolescent que du parent sont rapportées.

Voici quelques constatations soulevées par les participants :

- l'adolescent nomme davantage ses besoins;
- l'adolescent exprime davantage sa perception de la situation lors de conflits ou a plus l'impression que sa perception est considérée par le parent;
- le partage plus fréquent de l'adolescent concernant ses difficultés et ce qu'il vit;
- l'augmentation de l'écoute du parent ainsi que l'amélioration des parents dans la formulation de leurs demandes;
- l'augmentation des moments de communication parent-adolescent lors des rencontres de groupe.

Question 5 : Lors de conflits avec ton père, est-ce que ta perception de la situation est entendue? Quels changements observes-tu depuis votre participation au groupe lors de vos conflits (réactions, fréquence des conflits, intensité des conflits)?

« Avec mon père, oui, j'ai l'impression qu'il m'écoute plus. Mais il essaie quand même de trouver des moyens, il veut juste que ça aille mieux. [...] D'autres fois, il me coupe, pour essayer de me dire une solution et je lui réponds : je n'ai pas fini. Il essaie de comprendre plus, alors il me pose une question, pendant que je suis en train de raconter. » - Sarah (nom fictif adolescente)

Question 3 : Quels changements observes-tu dans la réaction de ton père lorsque tu es triste depuis votre participation aux rencontres de groupe?

« Surtout au niveau de l'écoute et de la compréhension parce que je trouve qu'il m'écoute beaucoup plus et il comprend mieux aussi. Il essaie de comprendre ce qu'on ressent. » - Marie (nom fictif adolescente)

Question 8 : Avez-vous l'impression que les rencontres de groupe ont eu un effet sur votre compréhension de ce que votre adolescent vit?

« Quand il me dit ; ça me fâche quand tu me dis ça ben là j'arrête de le dire. Je ne veux pas le provoquer non plus. Ça me fait être plus empathique envers ce qu'il vit. Quand il me dit ; j'ai de la peine j'essaie de comprendre pourquoi il a de la peine même si des fois je ne fins pas par tout comprendre. » - Chantal (nom fictif parent)

Question 17 : Si tu avais à identifier ce qui t'a le plus aidé dans le groupe ce serait quoi?

« À la fin de la journée, ça me permettait de parler avec ma mère sans bruit autour juste nous deux. On se parlait. Ça faisait du bien. » - Justin (nom fictif adolescent)

Un des adolescents a identifié précisément l'élément contributif à l'impression que son parent le comprend mieux, soit la reconnaissance du parent qu'il effectue de l'invalidation par moment. L'invalidation survient lorsqu'une personne fait ressentir à une autre personne que ses réactions, ses émotions ou ses opinions ne sont pas appropriées (Rathus et Miller, 2015). D'ailleurs, la plupart des parents se sont aperçus qu'ils faisaient de l'invalidation et désiraient cesser de le faire. Parmi ces parents, deux d'entre eux ont spécifié vouloir valider davantage leurs adolescents en reconnaissant plus souvent ce qu'ils vivent. La validation consiste à faire comprendre à soi-même ou à l'autre que cela a du sens, que cela est logique dans les circonstances et qu'il prend au sérieux ce que la personne ressent ou pense (Rathus et Miller, 2015).

« On valide des choses oui on dit qu'on reconnaît, mais des fois, c'est plutôt le fait qu'on va invalider des choses. Ce n'est pas tant par les mots que par la réaction physique que nous allons avoir, on va lever les sourcils, on va lever les épaules, on va souffler. [...] C'est plus sur ceux-là que j'essaie de travailler, justement pour pas qu'elle ne se sente pas comprise ou qu'on ne s'intéresse pas à ce qu'elle peut nous dire. » - Philippe (nom fictif parent)

Question 14 : Est-ce que ton parent réutilise ce qu'il a appris dans le groupe ? Est-ce que ta mère reconnaît que cela peut être difficile pour toi ou que tu as une grosse journée? Cela te fait quoi de l'entendre qu'elle reconnaît cela?

« Elle ne le reconnaît pas, mais elle reconnaît qu'elle fait de l'invalidation. Cela me dit que oui, elle comprend un petit peu, mais pas tout. » - Jacob (nom fictif adolescent)

Trois dyades ont identifié une réduction des conflits parent-adolescent. Ces conflits étaient souvent reliés aux tâches ménagères et à un sentiment d'incompréhension de l'adolescent par ses parents. Certains parents ont noté une réduction des tensions concernant les tâches ménagères parce que l'adolescent les effectue plus ou le parent mentionne un lâcher-prise compte tenu des difficultés vécues par son adolescent. Deux parents et une adolescente ont partagé faire des demandes plus claires ce qui réduit les tensions dans leur relation.

Question 16 : Quels changements observez-vous depuis votre participation au groupe dans votre relation avec votre adolescent? Est-ce que les rencontres ont aidé votre relation?

« Oui, ça part moins. C'est la somme de tout ce qu'on a dit depuis le début. Être un peu plus à l'écoute, essayer de plus reformuler. C'est moins conflictuel. » - Philippe (nom fictif parent)

« Je trouve que depuis le groupe, pour moi, cela a aidé. Il y a moins de flammèches depuis que nous avons participé au groupe. Je pense que c'est plus moi qui ai compris quelque chose, peut-être que ça m'a plus aidé moi que Sarah (nom fictif) ». – Marc (nom fictif parent)

De plus, quatre parents et deux adolescents, donc une majorité des participants, observaient une amélioration de la relation parent-adolescent. Dans les entrevues pré-groupe, tant les adolescents que les parents rapportaient des éléments positifs sur l'engagement parental. Toutefois, aucun changement n'a été noté sur cet élément dans les entrevues post-groupe.

3.2 Perception des participants des effets sur les facteurs sociaux

Dans les entrevues pré-groupe, tous les adolescents et les parents ont identifié des personnes dans différentes catégories du soutien social telles que le soutien émotionnel, la socialisation et l'aide concrète. Toutefois, l'une des adolescentes mentionnait ne pas avoir d'amis, car elle s'était récemment éloignée de son amie. Lors de l'entrevue post-groupe, l'adolescente nous partage des moments de confiance avec une nouvelle amie. Toutefois, il faut également préciser que pendant le groupe à l'automne 2020, l'adolescente a eu des rencontres avec une technicienne en éducation spécialisée en lien avec ses difficultés sociales. Ainsi, il est possible que ces deux interventions aient aidé. Les autres participants n'ont pas rapporté de changement dans leur soutien social.

Cinq participants ont souligné avoir apprécié entendre que d'autres personnes vivent des difficultés communes aux leurs. Une sixième participante mentionnait que cela confirmait ce qu'elle pensait, soit que d'autres personnes vivent comme elle, les émotions intensément.

Question 17 : Si tu avais à identifier ce qui t'a le plus aidé dans le groupe ce serait quoi?

« De comprendre que je ne suis pas le seul ado comme ça. [...] Je voyais que le monde avait des problèmes dans leurs relations. » - Justin (nom fictif adolescent)

« Le plus aidant dans le groupe, voir que je ne suis pas la seule à vivre des choses pareilles parce que j'ai compris qu'il y en avait d'autres aussi qui vivaient des situations similaires ». – Marie (nom fictif adolescente)

Trois parents sur cinq ont rapporté avoir ressenti un support ou de l'entraide au sein du groupe. De plus, à la dernière rencontre de groupe, un parent a proposé le partage de leurs coordonnées entre les membres du groupe, car il avait le désir de continuer d'offrir et de recevoir du support et de l'écoute. La plupart des parents ont également signifié leurs intérêts face à cette proposition. De plus, quelques participants ont identifié une amélioration de leur compréhension des adolescents ou des défis de la parentalité.

« Je pense que je l'ai dit en tant que parent tu te sens soutenu, tu ne te sens pas seul à vivre cela ». – Geneviève (nom fictif parent)

« Ça fait du bien dans le fond de voir qu'il y a d'autres parents qui vivent la même chose et que nous pouvons nous entraider et essayer de trouver des solutions. » - Chantal (nom fictif parent)

3.3 Perception des participants des effets sur leur santé mentale

Dans les questionnaires et entrevues post-groupe, deux adolescents et un parent ont rapporté des améliorations de leur humeur. Deux autres parents ont identifié le maintien d'une bonne humeur générale. L'un des parents a observé le maintien d'une humeur triste. Deux adolescents ont identifié une détérioration de leur humeur ainsi qu'une apparition d'idées suicidaires. L'un des adolescents spécifiait que ce changement était lié à des difficultés scolaires et l'autre associait cette détérioration au maintien des tensions familiales. Un parent a observé être plus souvent de mauvaise humeur et celui-ci fait des liens avec le maintien des difficultés de son adolescent et dans sa relation avec lui. La poursuite des services en santé mentale jeunesse a été proposée pour l'un des adolescents et pour l'autre, il y a eu une référence faite pour d'autres services spécialisés.

« Ça n'a pas vraiment changé depuis le début du groupe. [pause] Je pense que je suis mieux. » - Sarah (nom fictif adolescente)

« La même humeur que d'habitude. Je suis toujours positif. » - Hughes (nom fictif parent)

Question 10 : Est-ce que tu observes une différence dans ton humeur au cours des dernières semaines?

« Un petit peu, mais j'essaie d'être quand même gentil, mais ce n'est pas toujours facile. » - Jacob (nom fictif adolescent)

Cependant, dans les entrevues post-groupe, plusieurs participants rapportaient des améliorations dans la gestion des émotions. Trois adolescents identifiaient mieux contrôler leurs émotions. D'ailleurs, deux parents de ces trois jeunes ont observé les efforts de leurs adolescents. De plus, deux parents notaient une amélioration de la gestion des émotions pour eux-mêmes. Ils observaient moins s'emporter rapidement.

« Oui, je m'emporte encore un peu de temps en temps, mais moins. Même les enfants l'ont fait apparemment remarquer à ma femme. J'essaie de moins partir sur le côté émotionnel. » – Philippe (nom fictif parent)

« Je dois admettre que, des fois, il me donne l'impression d'un peu mieux se contrôler. Il essaie. Je le vois. Je le sens que, des fois, il fait les efforts pour s'arrêter. » - Geneviève (nom fictif parent)

« J'arrive à contenir quand même assez mes émotions. Je n'ai pas vraiment été en colère récemment ». – Marie (nom fictif adolescent)

Différentes stratégies apprises dans le groupe sont rapportées par les participants comme aidantes pour la gestion des émotions telles que la pleine conscience, les trois états d'esprit (technique provenant du module de la pleine conscience), la validation (technique provenant du module le juste milieu (Walking the middle path)) et l'action opposée (technique provenant du module de la régulation des émotions). Rathus et Miller (2015) soulèvent la présence de trois états d'esprit possibles; esprit rationnel, esprit émotionnel, esprit sage (état d'esprit qui considère des éléments deux autres états d'esprit).

Question 9 : Quels outils le groupe vous a-t-il fournis pour développer de bonnes stratégies pour faire face aux situations ou émotions difficiles? Quels outils le groupe a-t-il fournis à votre adolescent pour développer de bonnes stratégies pour faire face aux situations ou émotions difficiles? Pouvez-vous me donner des exemples?

« Oui, validation/invalidation. Les états d'esprit pour savoir si tu es dans l'esprit émotionnel ou rationnel et la sagesse. Des fois, en plein dedans, je lui dis, et on va l'utiliser le truc. On le connaît tous les 2 alors, je lui dis un mot et pouf, on est revenu et on est correct. » - Hughes (nom fictif parent)

Question 13 : Est-ce que vous réutilisez ce que vous avez appris dans le groupe? Si oui, pouvez-vous me donner des exemples?

« La pleine conscience, je ne le faisais pas assez avant, je ne le faisais pas. Je faisais juste agir tandis que maintenant, je m'observe beaucoup plus ». – Chantal (nom fictif parent)

« Mais aidant... Peut-être le rationnel / émotionnel là. Parce que je le sais que ma mère elle agit souvent sur ses émotions. » - Lily (nom fictif adolescente)

Les améliorations suivantes sont également mentionnées soit une meilleure capacité à identifier et à mettre des mots sur les émotions vécues pour deux adolescents.

« Il va plus être capable de mettre des mots sur ses émotions. Ce qu'il ne faisait pas avant. Quand il me dit : « Ça me fâche quand tu me dis ça » alors là, j'arrête de le dire. Je ne veux pas le provoquer non plus ». – Chantal (nom fictif parent)

3.4 Impressions des participants concernant l'animation, le contenu des rencontres et l'intervention de groupe en ligne

3.4.1 Animation et intervention de groupe en ligne

Les participants ont exprimé une appréciation générale de l'animation des rencontres. Certains participants ont identifié une préférence pour l'intervention en ligne puisque ce mode ne requiert pas de déplacement et ils disaient être plus confortables à leur domicile. D'autres auraient préféré en présentiel, car ils avaient l'impression que ce mode aurait davantage suscité la participation de leur adolescent et aurait facilité les échanges entre les participants. De plus, l'un des parents trouvait que l'intervention par visioconférence était plus impersonnelle.

« Avec tous les gens, je n'aurais pas été capable de les regarder dans les yeux. Je n'aurais pas aimé ça les voir en personne. » - Lily (nom fictif adolescente)

« J'ai trouvé cela plus dur par contre le Zoom. On n'avait pas le choix avec le contexte. Le fait qu'on ne peut pas interrompre. » - Geneviève (nom fictif parent)

« En personne parce que déjà on entend mieux, on comprendrait mieux et il n'y aurait pas de problème de connexion. » - Marie (nom fictif adolescent)

3.4.2 Activités en dyade parent-adolescent

Deux dyades ont identifié que les moments de pratique des habiletés en dyade parent-adolescent se sont bien déroulés. Les parents des autres dyades ont rapporté des difficultés par moment dans la participation de leur adolescent à ces activités. L'un de ces parents a toutefois soulevé que ces moments ont également aidés à parler de difficultés qu'ils avaient.

Question 11b : Comment se déroulaient les rencontres? En dyade, dans la relation avec votre adolescent? (moments de plaisir, tensions, participation aux activités en dyade)

« Des fois il y avait des flammèches. Parce que là on nous forçait à poser des questions et tout ça. [...] »

Question : Cela a permis d'apprendre des choses qu'elle ne vous aurait pas dit?

Oui, je me rappelle aussi à un moment donné que je me suis dit : « Ah, ben crime, cela a fait du bien. » Nous avons pu discuter. En temps normal, nous n'aurions pas discuté de même. Mais lorsque quelqu'un t'oblige à le faire en disant ; Là il faut que tu parles de ce sujet-là. Ça l'a aidé, c'était bien. » – Marc (nom fictif parent participant)

« Très très bien, j'ai bien aimé sa participation parce qu'il participait bien. » -Marie (nom fictif adolescente)

« Facilement déconcentré oui, ça ne lui tentait pas, il ne voulait pas mettre d'efforts. Il participait bien tout de même, je le félicitais parce même s'il commençait de cette façon-là souvent il finissait par quand même participer et ça je lui ai dit que j'étais contente qu'il participait bien. Je lui disais le commencement a été plus dur mais tu t'es bien repris et tu as bien participé après, je suis contente. » - Chantal (nom fictif parent)

Deux adolescents n'identifiaient pas ces moments comme plaisants en lien avec des pressions ressenties de la part de leur parent pour participer. Les cinq adolescents et deux parents ont admis avoir eu des difficultés à se concentrer lors des rencontres de groupe. D'ailleurs, trois adolescents ont reçu un diagnostic de TDA/H, un parent a également reçu ce diagnostic et un autre parent se reconnaît dans les symptômes de TDA/H. De plus, trois dyades ont soulevé des problèmes de connexion par moment.

Question : Dirais-tu que les activités en dyade étaient les moments que tu aimais moins?

« Oui, parce que ma mère n'arrêtait pas de me dire concentre-toi, concentre-toi. Je n'aimais pas cela parce que j'essayais de me concentrer, mais je n'étais pas vraiment capable. » - Jacob (nom fictif adolescent)

Question : Dans les activités entre toi et ta mère comment cela se passait?

« C'était souvent dur. On avait de la misère à se concentrer les deux. Ça arrivait qu'on n'avait pas compris l'exercice à 100%. C'est arrivé une fois ou deux qu'on était un peu mêlé. C'était toujours moi qui commençais, je prenais beaucoup de temps sur moi. Moi, dans la vie, je ne me rappelle jamais de rien. Ce n'était pas top. »

Question : Ça te faisait sentir comment qu'on prenne pas beaucoup de temps pour elle plus de temps pour toi?

« Je trouve ça poche. Moi, je n'aime pas ça parler. Je suis plus un gars qui aime écouter. » - Justin (nom fictif adolescent)

3.4.3 Thématiques préférées des participants

Dans un questionnaire anonyme, distribué à la fin du groupe, les adolescents devaient cibler les trois thèmes qu'ils ont préférés. L'une des adolescentes n'a pas rempli le questionnaire post-groupe. Il s'agit donc des préférences de quatre adolescents. La pleine conscience, accepter/changer et les trois états d'esprit étaient les thèmes les plus populaires dans le questionnaire post-groupe adolescent. Kabat-Zinn (2015) présente la pleine conscience comme une attention portée sur le moment présent avec acceptation et sans jugement ainsi qu'avec curiosité et ouverture sans réagir à l'expérience vécue. L'acceptation c'est d'accueillir tant les qualités que les vulnérabilités d'une autre personne ou de soi-même. Ainsi, la stratégie accepter/changer réfère à un équilibre entre l'acceptation et la recherche d'un changement. Selon la TCD, l'esprit peut se retrouver dans 3 différents états d'esprit : l'esprit rationnel, l'esprit émotionnel et l'esprit sage (combinaison des 2 premiers) (Rathus et al., 2015). Son identification peut permettre de guider une personne dans les décisions face aux comportements à adopter. Les parents ont répondu à la même question que les adolescents et ceux-ci ont préféré la validation, accepter/changer, les trois états d'esprit et le renforcement. Les deux derniers thèmes étaient à égalité en troisième position. La validation est de communiquer à une personne ou soi-même que les émotions, les pensées et les comportements survenus ont un sens et cela peut être compréhensible dans ce contexte (Rathus et al., 2015). Le renforcement aborde des stratégies pour encourager la présence d'un comportement souhaité. Cette stratégie peut s'appliquer à soi-même ou pour favoriser un changement chez une autre personne. Malgré que les adolescents n'aient pas choisi la validation comme thématique préférée, quatre d'entre eux ont rapporté utiliser cette technique et/ou apprécier que leur parent le fasse.

3.4.4 Activités de pleine conscience

Dans l'entrevue post-groupe, les participants étaient questionnés sur leur observation d'eux-mêmes lors des activités de pleine conscience. Quatre adolescents ont confié qu'ils cherchaient à comprendre l'utilité de la pleine conscience ainsi que le lien entre l'activité de pleine conscience et la thématique abordée par la suite. L'un de ces adolescents a soulevé avoir compris son utilité au fur et à mesure des rencontres. Un visionnement des activités de pleine conscience de toutes les rencontres a permis de faire ressortir les

interventions faites à ce sujet. Lors de la deuxième rencontre, l'activité de pleine conscience a été introduite comme une activité de réchauffement permettant une transition entre le quotidien et l'arrivée dans le groupe. Un tableau présentant brièvement les activités de pleine conscience initiales et celles modifiées est joint à l'Annexe J. À partir de cette rencontre, une activité de pleine conscience a eu lieu à chaque début de rencontre soit jusqu'à la rencontre 14. Une explication plus détaillée de la pleine conscience, de son utilité et de comment la pratiquer a été fournie aux rencontres 3 et 4. Les animatrices et moi, nous posions des questions après l'activité de pleine conscience en lien avec la thématique abordée durant la rencontre. Par exemple, lors de la rencontre 3, l'activité de pleine conscience était de faire une activité répétitive (se lever d'une chaise et se rasseoir sur la chaise à de nombreuses reprises). Les participants étaient invités à observer si leurs pensées étaient encore liées à l'activité ou ils pensaient à des tâches ou activités futures ou encore au déroulement de leur journée. Puis, des liens ont été faits entre leurs commentaires et la présentation de la thématique de la rencontre 3 soit l'explication de la pleine conscience. De plus, au cours des rencontres, nous⁴ pouvions demander aux personnes l'utilité de la pleine conscience dans leur vie et nous pouvions raconter une anecdote personnelle où nous avons utilisé cette stratégie. Ainsi, ces visionnements ont permis de valider que plusieurs interventions ont été faites pour favoriser la compréhension de la pleine conscience et de son utilité. Toutefois, comme mentionné, plusieurs participants sont restés avec des questions au sujet de la pleine conscience. Tout de même, malgré une incompréhension mentionnée par la majorité des adolescents, plusieurs participants ont rapporté des constatations faites sur eux-mêmes et des bénéfices ressentis lors de ces des activités de pleine conscience. Voici donc ces observations soulevées par les participants lors des entrevues post-groupe en rétrospective de leur participation aux activités de pleine conscience.

Tableau 11

Observations des participants lors des activités de pleine conscience

Adolescents	Parents
-------------	---------

⁴ Dans la section Activités de pleine conscience, « nous » représente les animatrices de ce groupe soit mes collègues de travail et moi-même.

<p>-Activités relaxantes (1 participant)</p> <p>-Observation de son irritabilité et de son impatience ressentie lors de moments d'apprentissage (1 participant)</p> <p>-Observation de sa difficulté à contrôler ses émotions (1 participant)</p> <p>-Observation que ces activités permettaient de se recentrer sur soi, de mieux se comprendre, d'identifier les émotions ressenties et l'impact de ses réactions sur les autres (1 participant)</p>	<p>-Activités de type pleine conscience lui manquaient dans sa vie telle que le yoga (1 participant)</p> <p>-Activités relaxantes et permettant de se recentrer sur soi et être plus réceptif à la rencontre (1 participant)</p> <p>-Observation d'une différence de tolérance entre les parents et les adolescents (1 participant)</p>
--	---

« Oui, parce que je pense que si nous avons commencé la théorie tout de suite c'est sûr que je n'aurais pas été aussi réceptive. Je n'aurais pas eu d'entre-deux. Je trouvais ça bien une petite activité au début et ça me permettait aussi de relaxer un peu et de me recentrer sur moi-même. ». – Chantal (nom fictif parent)

« J'ai plus réalisé des choses. J'ai réalisé à quel point je suis irritable. J'ai réalisé à quel point je suis impatiente quand cela vient à apprendre. ». – Lily (nom fictif adolescente)

« Au tout début, je ne comprenais rien. Je ne comprenais pas à quoi cela servait. Après j'ai un peu compris et au fur et à mesure, j'ai compris. [...] Cela permettait de prendre conscience de ce qui nous entourait, d'où le nom pleine conscience et de voir comment on pouvait se sentir à l'intérieur de soi, qu'est-ce qui se trouvait autour, comment les gens pouvaient réagir à certains trucs. [...] J'ai compris un peu comment j'étais à l'intérieur, j'ai appris à me recentrer sur moi-même et à mieux me comprendre. » - Marie (nom fictif adolescente)

« Cela me fait comprendre qu'un adulte a plus de tolérance et il faut que je comprenne aussi que c'est une adolescente. »
- Marc (nom fictif parent)

3.5 Élargissement de l'offre de services ciblant la relation parent-adolescent

Lors des entrevues, les participants ont été questionnés sur leurs attentes face à cette intervention et si celles-ci avaient été répondues. Certains participants avaient des attentes envers leur adolescent ou parent participant qui n'ont pas été entièrement comblées. De plus, une dyade partait avec la présomption que ce groupe n'allait sûrement pas aider mais le parent ne souhaitait pas refuser l'aide offerte et l'adolescent l'a fait pour faire plaisir à son parent. Cette présomption peut influencer négativement leur ouverture aux techniques

proposées. Toutefois, la plupart des participants a identifié que cette intervention a répondu à certaines de leurs attentes telles que l'amélioration de la gestion des émotions et l'amélioration de la relation parent-adolescent.

« Sérieusement, je pense que j'avais accepté de le faire parce que je pensais que cela pouvait m'aider et que cela pourrait être rentable à tout le monde. C'est encore rentable. C'est mieux. Je trouve qu'à la maison, cela se passe beaucoup mieux et c'est beaucoup plus calme. » - Marie (nom fictif adolescente)

« Ben il y a des choses qui m'aident moi. Je suis certaine qu'il y a des choses qui peuvent l'aider lui [son adolescent] mais qui ne paraissent pas tout de suite. » - Chantal (nom fictif parent)

Chapitre 4 Discussion

Dans le chapitre précédent, certaines améliorations au niveau de la communication ont été rapportées par les participants. Des améliorations liées à la gestion des émotions ont aussi été soulevées. Cette intervention de groupe semble permettre une meilleure identification des émotions et parfois même, une meilleure gestion des émotions en offrant des techniques aidantes. Garry De La Rivière et al. (2017) précisent que le module de la régulation des émotions dans la thérapie comportementale dialectique vise à améliorer la compréhension de son expérience émotionnelle, à diminuer la vulnérabilité émotionnelle ainsi qu'à diminuer la souffrance émotionnelle. Les réponses des participants lors de l'entrevue post-groupe ne démontrent pas un changement significatif au niveau de l'humeur relié à l'intervention de groupe. Ainsi, cela fait du sens que les améliorations nommées plus haut ressortent au niveau de la régulation des émotions plutôt que l'humeur générale. Ces améliorations peuvent également mener à une réduction des conflits. Ces éléments peuvent être des facteurs supplémentaires contributifs à l'amélioration de la compréhension mutuelle. Suite à l'analyse des résultats, nous croyons que cette intervention de groupe peut favoriser un meilleur soutien familial et des relations parent-adolescent plus harmonieuses. D'ailleurs, les participants de l'étude de Rathus et al. (2015) avaient également remarqué une réduction des conflits et une amélioration de la relation parent-adolescent particulièrement avec l'enseignement de la validation. Les mères participantes de l'étude de Gamache Martin et al. (2017) avaient aussi identifié la validation comme une stratégie aidante dans leur vie personnelle ainsi que leur rôle parental. Ces éléments démontrent la pertinence de ce groupe, car le soutien social familial et les relations parent-adolescent harmonieuses sont des facteurs de protection de la santé mentale chez les jeunes. Il est difficile de dire si cette intervention peut avoir des effets sur l'engagement parental puisque ce facteur était déjà présent avant l'intervention de groupe et aucun changement n'est ressorti.

La modalité d'intervention de groupe semble avoir favorisé certains facteurs tels que la normalisation, le partage avec les autres participants ainsi que le sentiment d'entraide et de support. D'ailleurs, Rathus et Miller

(2015) rapportaient ce même élément comme un avantage pour les groupes multifamille. Cette intervention de groupe peut donc favoriser une amélioration du soutien social.

Toutefois, des tensions au sein des dyades, lors des rencontres de groupe, ont été rapportées par certains participants. Deux dyades ont soulevé les difficultés de concentration comme une source de tension au sein de la dyade. D'autres participants ont tout de même soulevé des moments de distraction ou des problèmes de connexion. Ainsi, il serait intéressant de comparer ces éléments avec des rencontres se déroulant en présentiel. Dans les rencontres en présentiel, les intervenants peuvent s'assurer de mettre les conditions favorables à l'apprentissage et au partage. Bref, il y a donc des avantages et des inconvénients à ces deux modes. Il est également possible que ces activités demandaient plus d'implication, ce qui pouvaient ramener les dyades à leurs difficultés relationnelles. Les difficultés dans la relation parent-adolescent ou dans les relations sociales étaient des critères d'inclusion.

La majorité des techniques préférée des participants (pleine conscience, accepter/changer, les trois états d'esprit, validation, renforcement) étaient identifiées comme les plus utiles par les adolescents et les parents dans l'étude de Rathus et al. (2015), tout comme ce fut le cas de nos participants. Toutefois, plusieurs adolescents participants ont soulevé des difficultés de compréhension face à l'utilité et à la pratique de la pleine conscience. Ces éléments m'ont d'ailleurs amené à me questionner sur les explications offertes sur la pleine conscience lors des rencontres de groupe et les améliorations possibles. D'après l'analyse des résultats, cette intervention de groupe est pertinente et peut bonifier l'offre de service en santé mentale jeunesse. Un épisode de service en santé mentale jeunesse auprès d'une famille peut durer en moyenne 6 mois. Le terme épisode est utilisé car un jeune et sa famille peuvent recevoir une série de rencontres à différentes périodes plus difficiles au fil des années. Ainsi, cette intervention de groupe d'une durée de 7 semaines est une intervention complémentaire aux services possibles dans ce département. Il n'est donc pas surprenant que des difficultés de gestion des émotions, de santé mentale et de relations familiales demeurent, mais la présence

d'améliorations face à ces difficultés est un meilleur indicateur. D'autres cohortes ont d'ailleurs eu lieu après la première cohorte à l'étude puisqu'il a été décidé par les gestionnaires de maintenir ce nouveau service.

Il est aussi important de nommer les principales limites de ce projet de stage. Les entrevues semi-dirigées ainsi que les rencontres de groupe se sont déroulées par Zoom. La présence possible de d'autres membres de la famille dans le foyer familial du participant ou des autres participants pouvait avoir une influence sur le comportement, l'ouverture, la réceptivité et la transparence des participants. Comme mentionné plus haut, des recommandations avaient été faites aux participants pour réduire ces facteurs, mais cela n'a pas été appliqué par tous les participants. Toutefois, ce risque avait été mentionné dans le formulaire d'information et de consentement (Annexe K). De plus, malgré ce risque, cela leur a permis d'obtenir un service sans risque de contamination à la COVID-19. Tous les rencontres par Zoom se sont uniquement déroulées sous la licence du MSSS pour protéger la confidentialité des participants.

De plus, il y a un biais possible de désirabilité sociale par les participants. Il est donc possible que les participants aient tenté de nous plaire en nommant des réponses qu'ils ont cru que nous désirons entendre lors de la cueillette des données (Beaupré et al., 2017). Pour réduire ce biais, Beaupré et al. (2017) soulèvent l'importance de l'établissement du lien de confiance entre le participant et la personne qui dirige l'entrevue. Dans chacune des entrevues pré-groupe et post-groupe, les participants ont abordé des points positifs et négatifs dans leurs relations familiales. La majorité a également confié des défis personnels vécus tels que des difficultés de gestion des émotions, des difficultés de communication et des difficultés relationnels. Tous les participants ont aussi identifié des éléments qu'ils ont moins aimés et qu'ils ont appréciés de cette intervention de groupe. Une relation de confiance semble avoir été établie pour laisser place à des critiques sur ce projet et ainsi, favoriser une validité des perceptions des participants sur leur expérience. Beaupré et al. (2017) abordent des compétences utiles à la réalisation d'entrevues semi-dirigées reliées à la relation d'aide telles que l'empathie et le respect de l'autre. Les personnes qui dirigeaient les entrevues semi-dirigées étaient toutes des intervenantes

et emploient ces compétences régulièrement dans leur métier. Ces compétences ont probablement favorisé l'établissement du climat de confiance.

L'utilisation d'instruments de mesure standardisés pourrait être pertinent particulièrement s'il y a un plus grand nombre de participants au projet ou dans le cadre d'un projet de recherche de plus grande envergure. D'ailleurs, le Family Assessment Device (FAD) a inspiré plusieurs questions des entrevues semi-dirigées de ce projet puisqu'il constitue un outil reconnu pour évaluer le fonctionnement familial (Mansfield et al., 2015). Cet outil provient du modèle de fonctionnement familial McMaster et existe depuis plus d'une trentaine d'années (Epstein et al., 1983; Mansfield et al., 2015). Il a été traduit en 27 langages dont le français. Dans ce modèle, six dimensions sont questionnées pour explorer le fonctionnement familial soit la résolution de problèmes, la communication, la répartition des rôles, la réponse affective, l'implication affective et le contrôle du comportement (Pauzé et Petitpas, 2013). Malgré que cet outil existe depuis de nombreuses années, il demeure fréquemment utilisé par les chercheurs (Mansfield et al., 2015). Ainsi, une future étude pourrait employer cet outil. Un échantillon plus grand de participants à ce projet pourrait aussi mener à une saturation empirique de données. Fortin et Gagnon (2016) décrivent le principe de saturation empirique des données comme le moment où le chercheur considère que les nouvelles informations obtenues dans les entrevues sont répétitives et liées aux mêmes thèmes déjà ressortis. Ainsi, la poursuite de la collecte des données n'apporterait pas d'informations significativement différentes de celles déjà recueillies. Pour arriver à ce constat, une interaction entre la collecte des données et l'analyse de celle-ci est nécessaire (Fortin et Gagnon, 2016). Cela permet également de déterminer la taille de l'échantillon nécessaire à la saturation empirique des données. Bref, malgré ces limites, les résultats de ce projet présentent des retombées intéressantes et prometteuses considérant que ce programme parents-adolescents en ligne était offert pour une première fois à cette population cible.

Étant donné, l'importance de la pleine conscience dans l'approche utilisée dans cette intervention de groupe, de la complexité de cette pratique et de l'objectif de stage de pratique spécialisée d'améliorer les services offerts aux adolescents présentant des problèmes de santé mentale et leurs parents, il apparaît

pertinent d'effectuer une analyse plus approfondie des interventions réalisées, appuyées de la littérature scientifique sur le sujet de la pleine conscience afin de permettre des améliorations pour les futures cohortes de ce groupe ainsi qu'offrir des pistes intéressantes pour d'autres professionnels. La prochaine section abordera donc cette question.

Chapitre 5 Question développée dans l'essai

L'analyse des résultats a soulevé des bénéfices possibles de cette intervention de groupe pour les adolescents ayant des problèmes de santé mentale et leurs parents. Ainsi, cette intervention de groupe pourrait bonifier l'offre de services dans les programmes jeunesse des établissements publics. Lors des entrevues post-groupe de ce projet de stage, plusieurs participants avaient nommé des difficultés à comprendre l'utilité des activités de pleine conscience. La pleine de conscience est un élément fondamental de la thérapie comportementale dialectique. Il apparaît donc pertinent d'explorer les améliorations possibles et les éléments à conserver dans l'animation des activités de pleine conscience pour les futures cohortes. Ainsi, ce chapitre visera à mieux définir la pleine conscience et ses principes clés ainsi qu'à soulever des recommandations dans l'animation de ces activités.

5.1 Définition et concepts clés de la pleine conscience

Devault et Pérodeau (2018) mentionnent deux dimensions fondamentales de la pleine conscience soit la régulation de l'attention et l'attitude d'acceptation, de non-jugement et d'ouverture face à son vécu dans le moment présent. La régulation de l'attention est importante pour maintenir son attention à chaque instant du moment présent en se concentrant sur ses sensations physiques, ses pensées, ses émotions et son environnement tout en adoptant une attitude d'acceptation, d'ouverture et sans jugement. Devault et Pérodeau (2018) normalisent le besoin de ramener son attention sur l'expérience lors de la pratique de la pleine conscience, car, bien souvent, l'attention s'est écartée du moment présent. Ce sont d'ailleurs ces deux dimensions fondamentales qui ont une influence sur l'amélioration de la régulation des émotions selon Devault et Pérodeau (2018) puisqu'elles suscitent une lecture différente de l'expérience vécue, elles encouragent à accepter le vécu face à cette expérience et elles mettent l'accent sur l'idée d'y faire face tout en sachant que les émotions sont éphémères.

Grégoire et al. (2016) préfèrent l'expression présence attentive pour traduire le terme mindfulness, car ils trouvent que cette traduction est plus juste. Toutefois, l'expression pleine conscience demeure la plus

populaire dans les écrits scientifiques francophones. Grégoire et al. (2016) soulèvent que la pleine conscience et la présence attentive peuvent être décrites comme un état, un processus, un résultat ou une habileté par différents auteurs. De plus, il existe plus d'une vingtaine de questionnaires variés pour mesurer ce concept (Grégoire et al., 2016). Dans le livre *La présence attentive mindfulness : état des connaissances théoriques, empiriques et pratiques*, quatre interventions basées sur la présence attentive sont brièvement présentées dont la thérapie comportementale dialectique. Dans la TCD, la pleine conscience est présentée comme une habileté essentielle, car elle peut permettre d'améliorer la conscience de soi, d'améliorer la connaissance de soi, d'améliorer les capacités attentionnelles, de réduire la souffrance et d'augmenter le plaisir (Rathus et Miller, 2015). Pour enseigner cette habileté, trois concepts sont présentés : les trois états d'esprit, les habiletés du Quoi et les habiletés du Comment (Eich, 2015; Rathus et Miller, 2015).

Rathus et Miller (2015) expliquent qu'une personne peut se retrouver dans trois états d'esprit différents selon la TCD : l'esprit émotionnel, l'esprit rationnel et l'esprit sage. L'état d'esprit rationnel consiste à penser à des faits, à avoir une pensée logique et à réfléchir aux conséquences. Puis, l'esprit émotionnel est lorsque les émotions guident nos pensées ou actions. Finalement, l'esprit sage est lorsque la personne tient compte des informations de l'esprit rationnel et émotionnel pour prendre une décision ou pour évaluer la stratégie jugée la plus efficace selon ses besoins. Les habiletés du Quoi et les habiletés du Comment sont des habiletés utiles pour avoir accès à l'esprit sage puisque ces habiletés permettent de reconnaître son état d'esprit et son impulsion plutôt que de réagir impulsivement (Rathus et Miller, 2015).

Tableau 12

Les habiletés du Quoi

Habiletés	Description de l'habileté
1. Observer	-Observation de son environnement par les cinq sens (vue, odorat, goût, ouïe, toucher) sans nécessairement les qualifier de bon ou mauvais -Observation de ses sensations physiques, de ses pensées, de ses émotions, de ses impulsions et de ses comportements sans chercher à les modifier et sans jugement
2. Décrire	-Décrire avec des mots ses observations sans jugement

3. Participer	<ul style="list-style-type: none"> -Expérimenter la situation pleinement en étant dans le moment présent -Accepter son vécu expérientiel pour utiliser ses observations et leurs descriptions afin de choisir une stratégie appropriée plutôt que de réagir impulsivement
----------------------	---

Les habiletés du Comment servent à donner des recommandations sur la manière d'arriver à accomplir les étapes des habiletés du Quoi et sur les conditions favorables pour y arriver. L'attitude à adopter est une attitude d'acceptation, d'ouverture et de curiosité. Il est recommandé de faire une action à la fois plutôt que plusieurs en même temps pour favoriser une présence attentive. Rathus et Miller (2015) accordent également une importance aux bénéfices que la personne pourrait en tirer. C'est-à-dire que la personne se concentre sur ce qui est plus bénéfique pour elle dans ces buts à moyen-long termes plutôt que de réagir impulsivement. Par exemple, dans un conflit interpersonnel, une personne peut se concentrer sur préserver sa relation en allant prendre un temps de pause plutôt que de poursuivre une escalade d'argumentations blessantes pour essayer d'avoir raison. Une personne peut également décider de faire face aux émotions difficiles ou de prioriser une stratégie d'apaisement, car elle se sent envahie émotionnellement. Rathus et Miller (2015) proposent de nommer lors de la pratique de la pleine conscience quelle habileté est pratiquée afin de transposer les nouvelles connaissances à une application dans le quotidien. Lors de la présentation de la pleine conscience dans les rencontres de groupe, ces habiletés du Quoi et du Comment ont été expliquées brièvement sans les nommer ainsi. Il serait intéressant de les présenter avec cette appellation afin de favoriser l'application de ces connaissances dans les différentes rencontres. Les animateurs du groupe pourraient également questionner les participants sur l'habileté qu'ils désirent pratiquer lors de l'activité de pleine conscience.

5.2 Enseignement de la pleine conscience

5.2.1 Planification des activités

Les auteurs Carrion Victor et Rettger (2019) ainsi que Grégoire et al. (2016) mentionnent que les jeunes ayant des problèmes de santé mentale tels que l'anxiété ou la dépression, les jeunes ayant vécu des traumatismes ainsi que ceux présentant des difficultés émotionnelles et comportementales peuvent faire face à

des obstacles lors de la pratique ou l'apprentissage de la pleine conscience. Certains troubles de santé mentale affectent les capacités de concentration et d'attention ainsi que la régulation des émotions (American Psychiatric Association, 2016 ; Carrion Victor et Rettger, 2019 ; Grégoire et al., 2016). De plus, pour les jeunes vivant de la détresse psychologique et ayant vécu des traumatismes, les activités de pleine conscience peuvent les mettre en contact avec des sensations physiques, des pensées et des émotions douloureuses suscitant inconfort et détresse. D'ailleurs, des enseignants expérimentés de la pleine conscience observent que ces difficultés peuvent davantage ressortir lorsque la personne doit se concentrer sur les parties du corps suivantes : tête, poitrine et estomac (Carrion Victor et Rettger, 2019). Ils recommandent donc de débiter par des activités de pleine conscience où les participants portent attention à des objets externes ou à des parties du corps dans les extrémités. Les personnes ayant vécu des traumas peuvent avoir tendance à utiliser des stratégies d'évitement expérientiel ou des stratégies défensives tels que la dissociation, l'automutilation, les crises de boulimie, les comportements sexuels à risque, etc. (Grégoire et al., 2016). Ces stratégies sont des tentatives d'échapper à la détresse ressentie. L'utilisation de ces stratégies mène à long terme à un déficit de présence attentive (Grégoire et al., 2016). La présence attentive peut favoriser une distanciation chez la personne de ses réactions internes sans jugement et avec une attitude d'ouverture, de bienveillance et de curiosité ce qui peut permettre l'acquisition de meilleures capacités de régulation des émotions (Grégoire et al., 2016).

Lors du visionnement des activités de pleine conscience, il est ressorti que dès la première activité de pleine conscience, les participants étaient invités à porter attention à leurs pensées et émotions. Toutefois, la dernière activité de pleine conscience était de boire en pleine conscience en portant attention à l'aide des cinq sens. Un tableau est mis en annexe avec les activités de pleine conscience effectuées et les modifications proposées afin de suivre ces recommandations et favoriser une meilleure progression du niveau de difficulté (Annexe J). Ainsi, les premières activités vont inviter les participants à porter davantage leur attention sur des objets externes ou les parties du corps plus dans les extrémités. Par la suite, l'observation de ses pensées, de ses émotions et des parties centrales du corps était progressivement proposée. De plus, lors de l'enseignement de la pleine conscience, Brandsma (2017) propose de tenir compte des différents styles d'apprentissages des

participants. Il propose d'utiliser des consignes auditives, des consignes visuelles ou par mouvements. Dans les activités de pleine conscience, l'une des animatrices guidait les participants par des mots. L'autre animatrice effectuait les mouvements proposés pour offrir un repère visuel aux participants. Ces rôles sont à garder pour les futures cohortes puisque cela permet de diversifier les consignes.

5.2.2 Réceptivité des participants

Brandsma (2017) soulève également l'importance de tenir compte de la réceptivité des participants. Ceux-ci peuvent repenser aux événements difficiles de la journée ou avoir moins de disponibilité selon leur niveau de fatigue lors de l'activité de pleine conscience. Brandsma (2017) identifie quelques éléments favorisant la réceptivité tels que l'impression d'être vus et supportés ainsi que la proposition d'activités adaptées pour eux. Lors de la période de retour sur les activités de pleine conscience, les animateurs pouvaient soulever des réactions observées chez les participants. Toutefois, les animatrices offraient ces rencontres de groupe pour une première fois. Il est grandement possible qu'avec la répétition de l'offre de ce groupe, les animatrices observeraient davantage les participants. D'ailleurs, lors du visionnement des rencontres, j'ai observé des tensions présentes dans la relation parents-adolescents à l'arrivée de certaines dyades que je n'avais pas observées au moment de l'animation de la rencontre. Il aurait été intéressant, lors de ces moments, que les animatrices soulèvent leurs observations afin que les participants se sentent vus et considérés ou elles auraient pu leur écrire un petit commentaire par clavardage pour les inviter à l'aborder s'ils le désirent et ainsi, obtenir du support dans la rencontre.

5.2.3 Étiquetage des pensées

Mirabel-Sarron et al. (2021) expliquent ce concept comme permettant d'identifier rapidement les pensées et de pouvoir ramener l'esprit dans le moment présent. Par exemple, lors de l'exercice de pleine

conscience, un parent peut s'inquiéter de son conjoint qui n'est pas revenu encore du travail et se demander s'il a eu un accident ou un malaise physique. Ce parent pourrait identifier avoir des pensées liées à des scénarios catastrophes et il tenter de se ramener à l'activité de pleine conscience. L'étiquetage peut entraîner la reconnaissance et l'identification de nos habitudes de l'esprit soit les types de pensées que nous avons plus tendance à avoir tels que des pensées liées à des appréhensions futures, des ruminations d'une situation passée ou encore de la planification excessive (Mirabel-Sarron et al., 2021). Cette identification et reconnaissance sans jugement lors de la pratique de la pleine conscience permet d'être en contact avec ces habitudes. Puis, la personne pourrait réutiliser cette reconnaissance de ses habitudes de pensées, lors de situations difficiles, et ainsi, pouvoir se ramener au moment présent avec bienveillance. L'étiquetage peut également permettre à une personne de faire des liens entre ses pensées automatiques, ses émotions et ses comportements. Cette connaissance est utile dans les habiletés de régulation émotionnelle. D'ailleurs, Mikolajczak et Desseilles (2012) soulèvent que la pleine conscience permet de réduire les réponses automatiques aux situations vécues, favorise une acceptation des émotions et encourage une utilisation plus flexible des stratégies de régulation émotionnelle. Ces auteurs identifient ces éléments comme favorisant une meilleure régulation émotionnelle. Les animatrices n'ont pas abordé le concept de l'étiquetage des pensées directement. Toutefois, à quelques reprises, les animatrices ont étiqueté des pensées avec les commentaires des participants. Il aurait été intéressant de nommer ce concept aux participants afin qu'il puisse observer leurs tendances habituelles de pensées et ainsi, peut être améliorer leur régulation des émotions.

5.2.4 Pièges de la pleine conscience

Mirabel-Sarron et al. (2021) abordent les pièges de la pratique de la pleine conscience dans leur livre *Pratiquer la thérapie de la pleine conscience (MBCT) pas à pas*. Ces auteurs soulèvent que nous pouvons avoir tendance à juger négativement ce que nous sommes en train de faire ou de remettre en question l'utilité de l'activité de pleine conscience et ainsi, douter de l'importance de ces exercices. Il peut donc être intéressant de

normaliser ce type de pensée aux participants. Un deuxième piège est d'avoir des attentes face à notre état durant la pratique, face à ce que nous voudrions expérimenter durant la pratique ou face aux effets que la pratique devrait nous procurer (Mirabel-Sarron et al., 2021). Ces attentes peuvent faire obstacle aux principes clés de la pleine conscience soit l'ouverture, la curiosité et le non-jugement lors de la pratique, car nos pensées évalueront notre progression. Ainsi, cela peut réduire la présence attentive et favoriser un jugement négatif de sa pratique. Le dernier piège mentionné par Mirabel-Sarron et ses collègues (2021) consiste à se fixer des objectifs inaccessibles lors de la pratique de la pleine conscience. Par exemple, ne pas avoir de pensées durant la méditation. Il est plutôt conseillé d'aborder l'exercice avec ouverture ou se fixer une intention pour la pratique. Toutefois, il est important de demeurer bienveillant envers soi-même. Par exemple, lorsque la personne remarque que son attention et ses pensées sont liées à des préoccupations futures, il est conseillé de se ramener gentiment à la pratique. Il pourrait être intéressant de communiquer aux participants ces pièges possibles et les encourager à adopter une attitude bienveillante s'ils s'aperçoivent y tomber. Ainsi, lorsqu'ils remarquent avoir des pensées de jugements négatifs ou des attentes face à leur pratique, il est recommandé d'observer cette pensée et de ne pas s'y accrocher afin d'éviter de l'alimenter par de nouvelles pensées similaires. L'objectif est d'arriver à remarquer ces pensées pour rediriger sa pensée plutôt que de ne pas en avoir puisqu'il ne s'agit pas d'un objectif réaliste. Durant l'animation des rencontres de groupe, nous avons soulevé à quelques reprises le piège observé de se demander l'utilité de cette activité soit en faisant de l'étiquetage des pensées et en les invitant à se ramener à porter attention à l'aide des cinq sens à l'expérience du moment. Toutefois, nous n'avons pas nommé précisément qu'il s'agit d'un piège courant de la pratique de la pleine conscience. Il aurait été pertinent de présenter les pièges et de l'identifier clairement pour normaliser ses obstacles.

5.2.5 Encourager l'observation sans jugement

Mirabel-Sarron et al. (2021) proposent certaines techniques pour encourager l'observation sans jugement des participants lors de l'animation de la pleine conscience. Il est recommandé à l'animateur d'utiliser des questions ouvertes ou des consignes objectives sans interprétation. Ces recommandations ont été observées à plusieurs reprises dans le visionnement des activités de pleine conscience. Par exemple, lors de l'activité répétitive de s'asseoir et se lever en pleine conscience, les animatrices ont proposé aux participants de porter attention à la sensation ressentie dans les jambes lorsqu'ils s'assoient et se lèvent, aux muscles employés dans ce mouvement, à la sensation de la chaise et de ses vêtements sur sa peau. Dans la rencontre 7, l'activité en pleine conscience consistait à imaginer la dégustation d'un fruit. Ainsi, les participants étaient invités à imaginer un fruit et à porter attention à la texture, la forme ainsi qu'à l'odeur de ce fruit lors de sa préparation de le couper en morceaux. Puis, à la dernière consigne, l'animatrice identifiait un fruit précis lorsqu'elle demandait de croquer dans le citron et de se concentrer sur son goût. Tous les participants ont partagé qu'ils n'avaient pas imaginé ce fruit et ils avaient plutôt imaginé un melon d'eau, une fraise, etc. Ainsi, cela démontre bien l'objectivité des consignes proposées. De plus, lors des retours, les animatrices posaient souvent des questions ouvertes telles que : Comment avez-vous trouvé l'activité de pleine conscience ? Où votre attention s'est-elle dirigée durant l'activité ? ou Qu'avez-vous observé durant l'activité ? Ainsi, ces questions laissent une liberté dans l'interprétation de leur expérience. Ces techniques sont donc à maintenir pour favoriser l'observation sans jugement des participants. Ces éléments peuvent encourager les participants à prendre le temps d'explorer une situation sans l'interpréter, sans rechercher une causalité ou la qualifier. Mirabel-Sarron et al. (2021) suggèrent également de permettre un partage entre les participants de leurs observations pour réduire cette interprétation personnalisée qui se fait souvent rapidement. Ce partage peut aussi permettre aux participants de constater qu'il existe plusieurs perceptions et interprétations possibles (Mirabel-Sarron et al., 2021). Ainsi, les pensées, les sensations physiques et les émotions sont éphémères et fluctuantes. Cette constatation peut favoriser une plus grande flexibilité par rapport à ce qu'ils vivent et ressentent. Dans les 13 activités de pleine conscience effectuées, il y a eu 10 rencontres où un moment de

partage a été alloué. Ainsi, plusieurs stratégies pour favoriser l'observation sans jugement ont été utilisées, celles-ci sont à maintenir pour de futures cohortes.

5.2.6 Encourager l'acceptation

Mirabel-Sarron et al. (2021) soulèvent l'importance d'encourager l'acceptation. Il mentionne que cela peut se pratiquer en portant attention au moment présent à ses sensations physiques, ses pensées et ses émotions. Cette pratique entraîne la capacité de tolérer les expériences douloureuses et réduit l'évitement expérientiel. Les stratégies d'évitement favorisent souvent la présence d'un mal être important et réduisent l'acceptation des émotions vécues (Mikolajczak et Desseilles, 2012). La première activité de pleine conscience dans le groupe consistait à tenir dans sa main un cube de glace. Les animatrices ont invité les participants à observer les sensations physiques, les pensées et les émotions dans le moment présent sans réagir. Il s'agit donc d'un moment où l'acceptation a été encouragée et où la tolérance aux sensations douloureuses a été entraînée. Toutefois, il n'a pas été précisé que les activités de pleine conscience peuvent faire surgir de l'inconfort. Gilbert et Choden (2015) utilisent la métaphore de la pièce sombre où une lumière est ajoutée. Cet ajout peut mettre en lumière des coins de la pièce qui sont poussiéreux ou encombrés. Ces éléments représentent les expériences douloureuses. Ainsi, la pleine conscience n'ajoute pas ces éléments, mais vient plutôt mettre la personne en contact avec ces expériences. Il aurait été intéressant de partager cette métaphore aux participants afin de normaliser certaines expériences et de les encourager davantage à accepter ces expériences pour les aider à améliorer leur tolérance à ces expériences.

Gilbert et Choden (2015) soulèvent également l'importance de l'acceptation lors des moments de distractions de l'esprit. Ainsi, la personne a une intention de pratiquer la pleine conscience, elle observe que son esprit est ailleurs, elle accepte cette distraction et elle ramène son attention sur sa pratique de pleine conscience. Il s'agit donc d'une acceptation de l'esprit tel qu'il est. Cette acceptation est le commencement de l'entraînement de la compassion, autre attitude essentielle dans la pleine conscience (Gilbert et Choden, 2015).

Lors de plusieurs activités de pleine conscience, les animatrices nommaient, lors des consignes guidées, la possibilité que l'esprit ou les pensées ne soient plus dans le moment présent et les invitaient à se ramener dans le moment présent. Ces consignes viennent normaliser les distractions possibles. Cependant, il aurait été intéressant de qualifier cette action pour souligner une acceptation de cette distraction. Les animatrices auraient pu inviter les participants à revenir dans le moment présent avec bienveillance sans jugement. Ces termes favorisent une acceptation de cette distraction et une bienveillance envers soi-même.

5.2.7 Encourager la bienveillance et la compassion

Dans la pratique de l'auto-compassion, la personne doit être sensible à sa propre souffrance ainsi qu'identifier et accepter sans jugement ses émotions et ses limites (Mirabel-Sarron et al., 2021). Cette attitude se pratique avec l'observation sans jugement, l'étiquetage de ses pensées et l'acceptation. Mirabel-Sarron et ses collègues (2021) soulèvent que les allers et retours entre la distraction de l'esprit et l'ancrage bienveillant favorisent l'identification des schèmes de pensées de la personne et permet ainsi, de comprendre leur sens et de lâcher prise progressivement. Une attitude de compassion envers les autres vient aussi influencer les interactions sociales. Ainsi, suite à un conflit relationnel, chaque personne peut tenter d'adopter une attitude de compassion envers sa propre souffrance, ses propres schèmes de pensées, ses émotions vécues et ses propres limites tout en ayant une ouverture envers ces mêmes éléments pour l'autre personne. Les animatrices du groupe peuvent être des modèles de cette attitude de compassion envers les autres et soi-même à travers les consignes données lors d'activités de pleine conscience et leurs réactions face aux commentaires des participants lors des partages suite à ces activités. Dans les rencontres de groupe, les animatrices recevaient les commentaires des participants avec bienveillance. Par contre, les retours en groupe étaient de courte durée compte tenu des autres objectifs de la rencontre (exploration d'une habileté et pratique de cette habileté) et favorisaient peu le partage de ces schèmes de pensée.

5.2.8 Équilibre entre le mode faire et le mode être

Brandsma (2017) recommande une recherche d'équilibre entre le mode faire et le mode être lors de la pratique de la pleine conscience. Dans le mode être, la personne va être dans le moment présent, va porter son attention sur ses sensations physiques et ses émotions et va être connectée aux autres membres du groupe (Brandsma, 2017). La personne va être encouragée à demeurer ouverte à de nouvelles perspectives et à adopter une attitude de non-jugement face à son expérience (Crane et Reid, 2016). Les animateurs du groupe vont encourager les participants à demeurer dans la légèreté et la simplicité (Brandsma, 2017). Ils vont donner des consignes plus libres et vont laisser des moments de silence. Dans le mode faire, la personne va se centrer sur les retombées de sa pratique, va réfléchir et identifier ses schèmes de pensée et va être engagée activement dans les tâches proposées (Brandsma, 2017). Elle peut également faire des liens entre son expérience du moment présent et des expériences antérieures (Crane et Reid, 2016). Elle peut diriger sa pratique vers un but précis tel que la détente profonde et peut mesurer les retombées et l'efficacité de cette pratique (Crane et Reid, 2016). Dans le mode faire, les animateurs vont guider de façon plus structurée les activités et vont encourager un sérieux dans la pratique. Ainsi, les animateurs peuvent expliquer comment cela va se dérouler en se basant sur des connaissances et vont donner des directives plutôt que des options. Brandsma (2017) précise que la plupart des gens ont souvent plus de facilité à être dans le mode faire. D'ailleurs dans les résultats, il était ressorti que plusieurs participants se questionnaient face à l'utilité de ces activités. Ils étaient donc dans le mode faire centré sur le résultat. Il aurait été intéressant de nommer certains comportements possibles du mode faire et les encourager à adopter des comportements du mode être. Par exemple « Il est possible que votre tête se demande pourquoi vous faites cette activité, essayez plutôt de vous concentrer sur vos sensations physiques et émotions ressenties lors de cette activité. ». Il peut être pertinent de mentionner aux participants qu'une intégration de ces modes est visée. Ainsi, la personne peut se donner le but précis de se détendre pendant l'activité. Toutefois, elle peut garder en tête les connaissances apprises sur les obstacles de la pratique de la pleine conscience pour normaliser certains comportements.

5.2.9 Atmosphère favorable à la pratique de la pleine conscience

Un des éléments qui favorisent l'apprentissage de la pleine conscience est un environnement favorable (Brandsma, 2017). Brandsma identifie les éléments suivants pour promouvoir un environnement favorable à la pratique : un environnement stimulant, avoir des moments de ralentissements ou de transition, créer des moments de silence, créer une atmosphère de légèreté et un environnement sécuritaire.

Tout d'abord, un environnement sécuritaire est favorisé par l'explication claire des différentes étapes du processus et l'établissement de règles et de limites claires au sein du groupe (Brandsma, 2017). Avant les rencontres de groupe, chacune des dyades avait reçu un formulaire d'information et de consentement. Dans ce formulaire, les différentes étapes de leur participation à ce projet étaient décrites. De plus, lors de la première rencontre de groupe, les animatrices ont établi avec les participants les règles du groupe. Les animatrices avaient également souligné la séquence similaire à chacune des rencontres. Cette séquence est d'ailleurs jointe en annexe (Annexe I). Habituellement, les animatrices du groupe peuvent contrôler plusieurs paramètres de l'environnement et réduire les stimuli présents puisqu'elles sont responsables de l'endroit ainsi que la disposition de l'espace. Les participants de ce projet de stage avaient reçu par courriel, avant la première rencontre, les conditions favorables à une intervention de groupe en visioconférence. Par exemple, les animatrices avaient invité les participants à s'installer dans un endroit calme, confortable où ils ont moins de chances d'être dérangés par les autres membres de la famille. Certains membres de la famille s'étaient installés dans une pièce commune de leur habitation. L'intervention de groupe en visioconférence peut donc comporter certaines limites à la création d'un environnement favorable. Il serait intéressant d'explorer si une activité de pleine conscience sur une présence attentive de son environnement permettrait aux participants de réaliser davantage ces éléments et ainsi, apporter certains changements. Cette activité est d'ailleurs proposée à l'Annexe J dans le plan modifié des activités de pleine conscience. Durant les rencontres de groupe, les animatrices ont encouragé les participants à garder leur microphone ouvert, car elles s'étaient aperçues que les dyades avaient tendance à se parler entre eux lorsque les microphones étaient fermés malgré les consignes de demeurer en silence et malgré la règle fixée lors de la première rencontre du respect du tour de parole.

Lorsque les participants se sentent vus et supportés par les animateurs et les autres membres du groupe, cela peut également favoriser la création d'un environnement sécuritaire (Brandsma, 2017). Lors du visionnement des rencontres, j'ai remarqué plusieurs moments où les animatrices soulevaient des réactions des participants lors des rencontres afin de les inviter à partager leur vécu ou afin de valider leur perception des motifs de cette réaction. Cela peut permettre aux participants de se sentir vus. Les animatrices et les participants pouvaient souligner vivre des expériences similaires. Les animatrices ont aussi validé à quelques reprises une impression que l'activité avait été plus difficile pour un participant ou une dyade et les invitaient à partager au groupe s'ils le désiraient. Les participants pouvaient se sentir supportés par les animatrices. Toutefois, lors du visionnement des rencontres de groupe, d'autres observations ont été faites qui n'avaient pas été relevées par les animatrices. Il est possible qu'avec une plus grande aisance de l'animation de ces rencontres et de l'animation par visioconférence, les animatrices pourraient supporter davantage les participants. Il serait également intéressant de voir si un groupe en présentiel suscite des changements à ce niveau.

Brandsma (2017) met également l'accent sur l'importance d'un environnement stimulant pour l'apprentissage de la pleine conscience. Cela peut être mis en place par la présence de nouveautés, la présence de surprises dans le programme, la présence d'humour, le partage d'anecdotes personnelles et la présence d'activités physiques. Tous ces éléments étaient présents dans les rencontres de groupe. Chaque activité de pleine conscience et la majorité des thématiques étaient différentes. Il y avait donc un effet de nouveauté et de surprise. Certaines activités de pleine conscience étaient plus amusantes dont l'activité où un participant devait effectuer un changement sur soi et les autres participants devaient le deviner. Une atmosphère plaisante était présente lors de cette activité. Durant les rencontres, les animatrices ont également partagé à quelques reprises des anecdotes personnelles de pratique de pleine conscience et d'obstacles vécus. De plus, lors de la préparation des rencontres de groupe, les animatrices avaient pris en compte l'importance de varier les activités de pleine conscience (activités physiques, activités nécessitant l'imagination, activités plus relaxantes, etc.). Ainsi, ce sont des éléments à maintenir pour offrir un environnement stimulant.

En conclusion, la lecture de plusieurs ouvrages sur le sujet de la pleine conscience a permis de ressortir des éléments à garder dans la planification, l'animation et le contenu des rencontres de groupe tels que l'utilisation de modes variés (visuels, auditifs et proprioceptifs) correspondant à différents styles d'apprentissage, la sensibilité des animatrices face à la réceptivité des participants, l'emploi de questions ouvertes et de consignes objectives par les animatrices encourageant l'observation sans jugement ainsi que la planification de moments de partage entre les participants après la majorité des activités de pleine conscience. D'ailleurs, ces échanges sont à maintenir puisqu'ils peuvent favoriser la vision de nouvelles perceptions ou interprétations et favoriser une normalisation de leur vécu. Les animatrices ont également utilisé des techniques d'étiquetage des pensées et d'encouragement à l'acceptation sans le nommer ainsi aux participants. Ces stratégies peuvent favoriser une meilleure acceptation des émotions, une meilleure capacité à tolérer les expériences douloureuses et ainsi, une meilleure régulation des émotions. Les animatrices ont reconnu des pièges de la pleine conscience à travers les commentaires des participants et ont normalisé ces propos. De plus, quelques stratégies ont été employées pour permettre un environnement favorable à la pratique de la conscience telles que l'explication du déroulement du programme et des rencontres de groupe, l'établissement de règles de groupe, l'envoi d'un courriel avec des recommandations pour un meilleur environnement, la diversité des activités de pleine conscience, le partage d'anecdotes personnelles et les différents modes utilisés (activité en grand groupe, en dyade, en dyade jumelée). Les animatrices ont aussi offert validation et support aux participants du groupe. Bref, ces éléments favorisent un environnement sécuritaire et stimulant pour les participants.

Toutefois, ces lectures ont aussi soulevé des pistes d'amélioration au niveau de la planification, l'animation et le contenu des activités de pleine conscience. Tout d'abord, la planification des activités de pleine conscience n'offrait pas une progression adaptée à la clientèle cible de ce projet. La nouvelle planification proposée à l'annexe J semble plus adaptée. Il serait aussi intéressant de soulever la possibilité que ces activités mettent en lumière certaines difficultés en utilisant la métaphore de la pièce sombre. De plus, un lien pourrait être fait entre un inconfort ressenti et les pièges de la pleine conscience puisqu'il s'agit d'un des pièges d'avoir des attentes précises sur son état et son expérience lors de ces activités. Il serait pertinent de nommer les

pièges afin que les participants aient la chance de les identifier par eux-mêmes et cette identification pourrait favoriser une certaine normalisation ainsi qu'une attitude de bienveillance. Le concept de l'étiquetage des pensées pourrait également être abordé avec les participants.

Des limites sont présentes dans l'établissement d'un environnement favorable à la pleine conscience en visioconférence. Il serait intéressant d'observer si une activité de pleine conscience sur l'environnement permettrait aux participants d'amener des améliorations à celui-ci par eux-mêmes suite à cette expérimentation. Nous pourrions également penser que des différences pourraient être observées dans des rencontres de groupe en personne ayant lieu dans un environnement préparé par les animateurs. Des ajouts sont aussi proposés pour le contenu des informations données sur la pleine conscience. D'ailleurs, l'utilisation de l'image des poupées russes pourrait être une technique employée pour présenter les habiletés du Quoi ainsi que la progression suggérée. Les poupées russes sont des poupées semblables de tailles différentes qui s'emboîtent les unes dans les autres. Ainsi, chaque poupée représenterait une stratégie et l'emboîtement de celles-ci démontre l'intégration possible des différentes stratégies. Il peut être difficile d'intégrer toutes les habiletés dans les premières pratiques. Ainsi, les participants pourraient d'abord porter leur attention à l'aide des cinq sens et ensuite, sur leurs sensations physiques. Puis, ils pourraient observer leurs pensées, leurs impulsions et leurs émotions. Finalement, ils pourraient porter leur attention sur leurs comportements et sur leur expérience vécue dans le moment présent ainsi qu'accepter leur vécu expérientiel. Les animatrices pourraient aussi spécifier que les habiletés du Comment sont présentes à chacune des étapes soit l'adoption d'une attitude d'acceptation, d'ouverture et de curiosité. Bref, ce chapitre soulève certains points forts de ce programme et des pistes intéressantes pour les futures cohortes.

Conclusion

Cet essai visait à améliorer la santé mentale des jeunes par l'entremise d'une intervention de groupe favorisant l'augmentation de facteurs de protection et la réduction de facteurs de risque. Le portrait de la santé mentale des jeunes des premiers chapitres a été élaboré avec les données de l'enquête québécoise effectuée auprès de jeunes du secondaire en 2016-2017 (ISQ, 2018), de l'enquête Le suicide au Québec : 1981 à 2017 (Levesque et al., 2020), de l'enquête sur la santé psychologique des jeunes 12 à 25 ans de l'Estrie et de la Mauricie-Centre-du-Québec (Bergeron et al., 2022), du sondage transversal auprès de 622 ontariens âgés entre 14 et 28 ans (Hawke et al., 2020), de la série d'enquêtes en ligne menée par Statistique Canada du 15 janvier au 15 mars 2021 auprès de canadiens âgés de 15 ans et plus (Findlay et Arim, 2020 : Helliwell et al, 2020) ainsi que des articles de nombreux auteurs qui se sont intéressés à la santé mentale des jeunes et de leurs parents. Dans ces enquêtes et articles, ces augmentations sont observées : plus de détresse psychologique, de diagnostics de santé mentale et de présence d'idéations suicidaires chez les jeunes. Une diminution du niveau de satisfaction à l'égard de la vie a aussi été observée. De plus, plusieurs auteurs ont démontré des liens entre la santé mentale et des facteurs familiaux tels que le niveau d'études des parents, le soutien familial, les relations familiales et l'état de santé mentale des parents. Des liens ont aussi été constatés entre la santé mentale et des facteurs sociaux tels que le soutien social perçu des pairs et des enseignants ainsi que les facteurs environnementaux comme la pandémie mondiale. Ainsi, la santé mentale des jeunes est un sujet préoccupant.

Les objectifs de ce stage étaient donc de bonifier l'offre de services en santé mentale jeunesse d'un établissement public du Québec à l'aide d'une intervention de groupe parent-adolescent; de recueillir la perception des participants des effets de cette intervention sur certains facteurs familiaux tels que la présence de soutien social, des relations parents-adolescents harmonieuses et un bon engagement parental; d'explorer la perception des participants des effets de l'intervention de groupe sur leur santé mentale ainsi que d'obtenir les impressions des participants concernant l'animation, le contenu des rencontres et l'intervention de groupe en ligne. Cinq dyades ont participé à l'intervention de groupe en ligne. Des améliorations ont été soulevées par les participants au niveau des facteurs familiaux tels qu'une meilleure compréhension des parents envers leurs

adolescents, une meilleure communication parent-adolescent, une réduction des conflits parent-adolescent, une amélioration de la relation parent-adolescent. Ces améliorations étaient identifiées à des niveaux variables par plusieurs participants. Cette intervention de groupe a augmenté la présence de facteurs de protection au niveau familial pour plusieurs participants. La majorité des participants rapportaient la perception d'avoir un bon soutien social lors de l'entrevue pré-groupe. Plusieurs parents participants ont rapporté avoir ressenti un support ou de l'entraide au sein du groupe. Un des parents a proposé d'échanger leurs coordonnées pour continuer de s'offrir de l'écoute et du support. La plupart des parents ont partagé leurs coordonnées aux autres. Ainsi, cette intervention de groupe semble avoir favorisé chez les parents participants la perception d'un soutien social et ainsi, avoir un effet bénéfique sur les facteurs sociaux. Les résultats concernant la perception des participants sur les effets de l'intervention de groupe sur leur santé mentale ressortent davantage sur l'amélioration de la régulation des émotions. Toutefois, une meilleure régulation émotionnelle peut favoriser une meilleure santé mentale.

Cette intervention de groupe était un service innovateur puisqu'elle est inspirée d'une approche peu implantée au Québec, la thérapie comportementale dialectique. Cette thérapie est adaptée à ma population cible soit des jeunes présentant des problèmes de santé mentale dont l'une des caractéristiques communes est l'instabilité émotionnelle et comportementale. Certains auteurs rapportent même que la TCD peut être aidante pour une population adolescente générale puisqu'à cet âge, les jeunes vivent souvent des difficultés de régulation des émotions. La recension des écrits des études portant sur les groupes d'habiletés de la TCD chez les adolescents identifie majoritairement les améliorations suivantes : une réduction de symptômes liés à des problèmes de santé mentale, une amélioration de la régulation des émotions ainsi qu'une amélioration des relations familiales. D'ailleurs, mes résultats sont similaires à ceux-ci. Ainsi, la TCD est conçue pour intervenir sur certains facteurs socio-familiaux et peut offrir des services simultanément aux adolescents et aux parents. C'est pourquoi j'ai décidé d'offrir une intervention groupe parent-adolescent.

Dans les deux derniers plans d'action en santé mentale du Ministère de la Santé et des Services sociaux, la santé mentale des jeunes et les services offerts aux jeunes et leurs parents sont identifiés comme des préoccupations importantes (MSSS, 2017; MSSS, 2022). D'ailleurs, dans le plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026, deux actions sont recommandées soit l'innovation des services en santé mentale avec des interventions numériques et une plus grande accessibilité à des services pour les parents dont un jeune a des services en santé mentale (MSSS, 2022). Ainsi, ce projet de stage est également innovateur au niveau des services offerts en santé mentale jeunesse puisque l'intervention de groupe parent-adolescent et l'intervention de groupe en ligne n'étaient pas offertes dans le service en santé mentale jeunesse de l'établissement public de ce projet de stage. Cette intervention de groupe était une première sous plusieurs aspects : une première expérience d'intervention de groupe en ligne, une première intervention de groupe parent-adolescent ainsi qu'une première expérimentation de ce contenu modifié de la thérapie comportementale dialectique auprès des usagers en santé mentale jeunesse de cet établissement.

Plusieurs éléments positifs sont ressortis de cette intervention de groupe en lien avec la littérature sur la pleine conscience (l'encouragement de l'observation sans jugement, la sensibilité sur la réceptivité des participants, la création d'un environnement sécuritaire et stimulant). Il y a également plusieurs pistes intéressantes pour permettre une amélioration de l'enseignement de la pleine conscience ainsi que de l'atmosphère favorable à cet apprentissage. La pleine conscience est présente dans différentes approches de la troisième vague des thérapies cognitivo-comportementales. Cet essai peut donc offrir des conseils pratiques pour les professionnels dans l'application de la pleine conscience en intervention de groupe. Suite à cette première cohorte, d'autres interventions de groupe parent-adolescent d'orientation comportementale dialectique ont eu lieu dans le même établissement public. Ainsi, plusieurs des recommandations effectuées ont déjà été mises en place. De plus, des intervenants d'une autre région administrative ont soulevé leur intérêt à obtenir ce programme. Je suis fière de voir que mon projet va se poursuivre dans d'autres milieux. Il serait intéressant que d'autres études soient effectuées sur ce programme avec un échantillon de participants plus grand et avec l'utilisation d'instruments de mesure standardisés pour valider les résultats ressortis de ce projet de stage et

peut être même explorer si ces résultats demeurent à plus long terme. J'ai à cœur l'amélioration de la santé mentale des jeunes.

Liste des références

- Aguilera, D. C. (2005). *Intervention en situation de crise : théorie et méthodologie*. Masson.
- American Psychiatric Association. (2016). *Mini DSM-5 : critères diagnostiques* (traduit par J.-D. Guelfi et M.-A. Crocq; 5e éd.). Elsevier Masson.
- Amini, M. (2013). Douleur, santé mentale et adolescence. *Soins. Pédiatrie, Puériculture*, 34(270), 38-41.
- Auerbach, R. P., Bigda-Peyton, J. S., Eberhart, N. K., Webb, C. A. et Ho, M.-H. R. (2011). Conceptualizing the prospective relationship between social support, stress, and depressive symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39(4), 475-487.
- Banbury, A., Nancarrow, S., Dart, J., Gray, L. et Parkinson, L. (2018). Telehealth interventions delivering home-based support group videoconferencing: Systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 20(2), e25.
- Beaupré, P., Laroui, R., et Hébert, M.-H. (2017). *Le chercheur face aux défis méthodologiques de la recherche : freins et leviers*. Presses de l'Université du Québec.
- Bélanger, M. et Marcotte, D. (2013). Étude longitudinale du lien entre les changements vécus durant la transition primaire-secondaire et les symptômes dépressifs des adolescents. *Revue canadienne des sciences du comportement*, 45(2), 159-172.
- Bergeron, J., Bourassa, L., Généreux, M., Goupil, J.-P., Lemelin, R., Noël, Y. et Paradis, A. (2022, mars). Enquête sur la santé psychologique des 12 à 25 ans. Université de Sherbrooke. https://www.santelaurentides.gouv.qc.ca/fileadmin/internet/ciss_laurentides/Sante_Publique/Donnees_sur_la_population/Autres_documents/Enquete_sante_psychologique_12_25_ans_Mars_2022.pdf
- Boily, M., St-Onge, M. et Toutant, M.-T. (2006). *Au-delà des troubles mentaux, la vie familiale : regard sur la parentalité*. Éditions du CHU Sainte-Justine.
- Brandsma, R. (2017). *The mindfulness teaching guide: Essential skills and competencies for teaching mindfulness-based interventions*. New Harbinger.
- Carrière, M., Clément, M., Tétreault, S., Pépin, G., Fortier, M. et Paquet, S. (2010). Réflexion sur les services aux familles dont la mère souffre d'un trouble de santé mentale (TSM). *Santé mentale au Québec*, 35(2), 185-208.
- Carrion, V.G et Rettger, J. (2019). *Applied mindfulness: Approaches in mental health for children and adolescents* (1ère éd.). American Psychiatric Association.
- Cheng, Y., Li, X., Lou, C., Sonenstein, F. L., Kalamar, A., Jejeebhoy, S., Delany-Moretlwe, S., Brahmhatt, H., Olumide, A.O. et Ojengbede, O. (2014). The association between social support and mental health among vulnerable adolescents in five cities: Findings from the study of the well-being of adolescents in vulnerable environments. *Journal of Adolescent Health*, 55(6), S31-S38.
- Crane, R. S. et Reid, B. (2016). Training mindfulness teachers: Principles, practices and challenges. Dans D. McCown, D. Reibel et M. S. Micozzi (dir.), *Resources for teaching mindfulness: An international handbook* (p.121-140). Springer.

- Crowe, A. et Lyness, K. P. (2014). Family functioning, coping, and distress in families with serious mental illness. *The Family Journal*, 22(2), 186-197.
- Devault, A. et Fréchette, L. (2006). Le soutien social : ses composantes, ses effets et son insertion dans les pratiques sociosanitaires. Dans G. Carroll (dir.), *Pratiques en santé communautaire* (p. 141-152). Chenelière éducation.
- Devault, A. et Pérodeau, G. (dir). (2018). *Pleine conscience et relation d'aide : théories et pratiques*. Presses de l'Université Laval.
- Dingfelder, H. E., Jaffee, S. R. et Mandell, D. S. (2010). The impact of social support on depressive symptoms among adolescents in the child welfare system: A propensity score analysis. *Children and Youth Services Review*, 32(10), 1255-1261.
- Doré, I. et Caron, J. (2017). Santé mentale : concepts, mesures et déterminants. *Santé mentale au Québec*, 42(1), 125-145.
- Eich, J. (2015). *Dialectical behavior therapy skills training with adolescents: A practical workbook for therapists, teens & parents*. PESI Publishing and Media.
- Eisman, A. B., Stoddard, S. A., Heinze, J., Caldwell, C. H. et Zimmerman, M. A. (2015). Depressive symptoms, social support and violence exposure among urban youth: A longitudinal study of resilience. *Developmental Psychology*, 51(9), 1307-1316.
- Epstein, N., Baldwin, L., et Bishop, D. (1983). The McMaster family assessment device. *Journal of Marital and Family Therapy*, 9 (2), 171-180.
- Findlay, L. et Arim, R. (2020, 24 avril). *Les Canadiens perçoivent leur santé mentale comme étant moins bonne pendant la pandémie de COVID-19* (publication n°45-28-0001). Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/45-28-0001/2020001/article/00003-fra.pdf?st=cLPRQXNM>
- Fischer, S. et Peterson, C. (2015). Dialectical behavior therapy for adolescent binge eating, purging, suicidal behavior, and non-suicidal self-injury: A pilot study. *Psychotherapy*, 52(1), 78-92.
- Fleming, A. P., McMahon, R. J., Moran, L. R., Peterson, A. P. et Dreessen, A. (2015). Pilot randomized controlled trial of dialectical behavior therapy group skills training for ADHD among college students. *Journal of Attention Disorders*, 19(3), 260-271.
- Fortin, M.-F. et Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (3e éd.). Chenelière éducation.
- Gamache Martin, C., Roos, L. E., Zalewski, M. et Cummins, N. (2017). A dialectical behavior therapy skills group case study on mothers with severe emotion dysregulation. *Cognitive and Behavioral Practice*, 24(4), 405-415.
- Garny De la Rivière, S., Houinou Ebo, B., Naepels, B., Segard, V., Gueant, A., Rey, N., Legrand, E., Labelle, R. et Guile, J.- M. (2017). Adaptation de la thérapie comportementale dialectique aux adolescents francophones : une expérience pilote auprès d'adolescents avec dépression et trouble de personnalité limite. *Neuropsychiatrie de l'enfance et l'adolescence*, 65(1), 5-13.

- Gilbert, P. Et Choden (2015). *Pleine conscience et compassion : approches théoriques et applications thérapeutiques* (traduit par P. Delamillieure et F. Gheysen). Elsevier Masson.
- Grégoire, S., Lachance, L. et Richer, L. (dir). (2016). *La présence attentive mindfulness : état des connaissances théoriques, empiriques et pratiques*. Presses de l'Université du Québec.
- Hawke, L. D., Barbic, S. P., Voineskos, A., Szatmari, P., Cleverly, K., Hayes, E., Relihan, J., Daley, M., Courtney, D., Cheung, A., Darnay, K. et Henderson, J. L. (2020). Impacts of COVID-19 on youth mental health, substance use and well-being: A rapid survey of clinical and community samples. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 65(10), 701-709.
- Helliwell, J., Schellenberg, G. et Fonberg, J. (2020, 21 décembre). *La pandémie de COVID-19 et la satisfaction à l'égard de la vie au Canada* (publication n°45-28-0001). Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/45-28-0001/2020001/article/00093-fra.pdf?st=yC-GQXF9>
- Herrenkohl, T. I., Lee, J. O., Kosterman, R. et Hawkins, J. D. (2012). Family influences related to adult substance use and mental health problems: A developmental analysis of child and adolescent predictors. *Journal of Adolescent Health*, 51(2), 129-135.
- Ibarra-Rovillard, M. S. et Kuiper, N. A. (2011). Social support and social negativity findings in depression: Perceived responsiveness to basic psychological needs. *Clinical Psychology Review*, 31(3), 342-352.
- Institut de la statistique du Québec. (2013, mai). *L'Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2010-2011 Tome 2 Le visage des jeunes d'aujourd'hui : leur santé mentale et leur adaptation sociale*. <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/enquete-quebecoise-sur-la-sante-des-jeunes-du-secondaire-2010-2011-le-visage-des-jeunes-d-aujourd'hui-leur-sante-mentale-et-leur-adaptation-sociale-tome-2.pdf>
- Institut de la statistique du Québec (2018, décembre). *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2016-2017 : résultats de la deuxième édition Tome 2 L'adaptation sociale et la santé mentale des jeunes*. <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/enquete-quebecoise-sur-la-sante-des-jeunes-du-secondaire-2016-2017-resultats-de-la-deuxieme-edition-tome-2-ladaptation-sociale-et-la-sante-mentale-des-jeunes.pdf>
- Janelle, A. (2014). *Thérapie comportementale dialectique auprès d'adolescents en milieu psychiatrique : étude pilote et étude évaluative* [thèse de doctorat, Université du Québec à Montréal]. Archipel. <https://archipel.uqam.ca/6552/1/D2642.pdf>
- Jomphe, J. (2013). La thérapie comportementale dialectique : recension des écrits scientifiques sur les groupes et applications dans une clinique de psychiatrie générale. *Santé mentale au Québec*, 38(2), 83-109.
- Kabat-Zinn, J. (2015). Mindfulness. *Mindfulness*, 6, 1481-1483.
- Khatib, Y., Bhui, K. et Stansfeld, S. A. (2013). Does social support protect against depression & psychological distress? Findings from the RELACHS study of East London adolescents. *Journal of Adolescence*, 36(2), 393-402.
- Kotsou, I. (2015). *Petit cahier d'exercices de pleine conscience*. Éditions Jouvence.

- Ladouceur, C. D. (2016). L'influence de la puberté sur les circuits neuronaux sous-tendent la régulation des émotions : implications pour la compréhension des risques de troubles affectifs. *Santé mentale au Québec*, 41(1), 35–64.
- Lane, J., Therriault, D., Dupuis, A., Gosselin, P., Smith, J., Ziam, S., Roy, M., Roberge, P., Drapeau, M., Morin, P., Berrigan, F., Thibault, I et Dufour, M. (2021). The impact of the COVID-19 pandemic on the anxiety of adolescents in Quebec. *Child & Youth Care Forum*. Prépublication. <https://doi.org/10.1007%2Fs10566-021-09655-9>
- Lanson, A. et Marcotte, D. (2012). Relations entre les symptômes dépressifs, la perception du soutien social et les distorsions cognitives des adolescents dans le contexte de la transition primaire-secondaire. *Revue canadienne des sciences du comportement*, 44(3), 231-243.
- Levesque, P., Pelletier, É. et Perron, P.A. (2020, février). *Le suicide au Québec : 1981 à 2017 – Mise à jour 2020*. INSPQ. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2642_suicide-quebec_2020.pdf
- Ma, L., Mazidi, M., Li, K., Li, Y., Chen, S., Kirwan, R., Zhou, H., Yan, N., Rahman, A., Wang, W. et Wang, Y. (2021). Prevalence of mental health problems among children and adolescents during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 293, 78-89.
- Mansfield, A., Keitner, G., et Dealy, J. (2015). The Family Assessment Device: An Update. *Family Process*, 54 (1), 82-93.
- Maybery, D., Reupert, A. et Goodyear, M. (2015). Goal setting in recovery: Families where a parent has a mental illness or a dual diagnosis. *Child and Family Social work*, 20 (3), 354-363.
- McCauley, E., Berk, M. S., Asarnow, J. R., Adrian, M., Cohen, J., Korslund, K., Avina, C., Hughes, J., Harned, M., Gallop, R. et Linehan, M. M. (2018). Efficacy of dialectical behavior therapy for adolescents at high risk for suicide: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 75(8), 777-785.
- Mehlum, L., Tormoen, A. J., Ramberg, M., Haga, E., Diep, L. M., Laberg, S., Larsson, B. S., Stanley, B. H., Miller, A. L., Sund, A. M. et Groholt, B. (2014). Dialectical behavior therapy for adolescents with repeated suicidal and self-harming behavior: A randomized trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 53(10), 1082-1091.
- Miller, A. L., Rathus, J. L. et Linehan, M. M. (2007). *Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents*. The Guilford Press.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), (1989). *Politique de santé mentale* (publication n° 89-sante-mentale). <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2008/89-sante-mentale.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2017). *Plan d'action en santé mentale 2015-2020 : faire ensemble et autrement* (publication n° 17-914-17W). Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-914-17W.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2020, mai). *Plan d'action : services psychosociaux et services en santé mentale en contexte de COVID-19* (publication n° 20-210-131W). Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-210-131W.pdf>

- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2022, mai). *Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026 : s'unir pour un mieux-être collectif* (publication n° 21-914-14W). Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-914-14W.pdf>
- Mikolajczak, M. et Desseilles, M. (dir). (2012). *Traité de régulation des émotions*. De Boeck.
- Mirabel-Sarron, C., Docteur, A., Sala, L., Siobud Dorocant, E. et Penet, C. (2021). *Pratiquer la thérapie de pleine conscience (MBCT) pas à pas*. Dunod.
- Morris, N. P. et Hirschtritt, M. E. (2020). Telepsychiatry, hospitals, and the COVID-19 pandemic. *Psychiatric Services, 71*(12), 1309-1312.
- Murray, S. B., Anderson, L. K., Cusack, A., Nakamura, T., Rockwell, R., Griffiths, S. et Kaye, W. H. (2015). Integrating family-based treatment and dialectical behavior therapy for adolescent bulimia nervosa: Preliminary outcomes of an open pilot trial. *Eating Disorders, 23*(4), 336-344.
- Neacsiu, A. D., Ward-Ciesielski, E. F. et Linehan, M. M. (2012). Emerging approaches to counseling intervention: Dialectical behavior therapy. *Counseling Psychologist, 40*(7), 1003-1032.
- Nevid, J., Rathus, S. et Greene, B. (2008). *Abnormal psychology in a changing world*. Pearson Education.
- Nichols, M. P. (2010). *Family therapy: Concepts and methods* (9e éd.). Pearson.
- Norwood, C., Moghaddam, N., Malins, S. et Sabin-Farrell, R. (2018). Working alliance and outcome effectiveness in videoconferencing psychotherapy: A systematic review and noninferiority meta-analysis. *Clinical Psychology Psychotherapy, 25*(6), 797-808.
- Organisation mondiale de la santé (OMS). (2013). *Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89969/9789242506020_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Ouellet-Morin, I., Robitaille, M.-P. et Juster, R.-P. (2021). Applications mobiles pour soutenir la santé mentale des jeunes: opportunités et défis. *Santé mentale au Québec, 46*(1), 17-34.
- Pauzé, R. et Touchette, L. (2006). Crises familiales et interventions systémiques. Dans M. Séguin, A. Brunet et L. Leblanc (dir.), *Intervention en situation de crise et en contexte traumatique* (p. 105-125). Gaëtan Morin.
- Pauzé, R., et Petitpas, J. (2013). Evaluation du fonctionnement familial : état des connaissances. *Thérapie familiale, 34*(1), 11-37.
- Piché, G., Cournoyer, M., Bergeron, L., Clément, M. et Smolla, N. (2017). Épidémiologie des troubles dépressifs et anxieux chez les enfants et les adolescents québécois. *Santé mentale au Québec, 42*(1), 19-42.
- Plass-Christl, A., Klasen, F., Otto, C., Barkmann, C., Hölling, H., Klein, T., Wiegand-Grefe, S., Schulte-Markwort, M. et Ravens-Sieberer, U. (2017). Mental health care use in children of parents with mental health problems: Results of the BELLA study. *Child Psychiatry & Human Development, 48*(6), 983-992.

- Plusquellec, P., Trépanier, L., Juster, R. P., Marin, M.-F., Sindi, S., François, N., Wan, N., Findlay, H., Durand, N. et Lupien, S. (2015). Étude pilote des effets du programme DéStresse et Progresse chez des élèves de 6e année du primaire intégrés dans une école secondaire. *Éducation et francophonie*, 43(2), 6-29.
- Poirier, M. (2012). *Évaluation du programme Pare-Chocs offert à un sous-groupe d'élèves à risque de décrochage scolaire présentant des symptômes dépressifs* [thèse de doctorat, Université du Québec à Montréal]. Archipel. <https://archipel.uqam.ca/4931/1/D2350.pdf>
- Poirier, M. et Larose, S. (2007). La crise dans tous ses états. Dans S. Larose et M. Fondaire (dir.), *Détresse psychologique en situation de crise* (p. 11-41). Québecor.
- Rathus, J. H. et Miller, A. L. (2015). *DBT Skills Manual for Adolescents*. The Guilford Press.
- Rathus, J., Campbell, B., Miller, A. et Smith, H. (2015). Treatment acceptability study of walking the middle path, a new DBT skills module for adolescents and their families. *American Journal of Psychotherapy*, 69(2), 163-178.
- Roskam, I. et Mikolajczak, M. (2015). *Stress et défis de la parentalité : thématiques contemporaines*. De Boeck.
- Rougeul, F. (2012). *Familles en crise : approche systémique des relations humaines*. Georg Éditeur.
- Rousseau, C., Nadeau, L., Pontbriand, A., Johnson-Lafleur, J., Measham, T. et Broadhurst, J. (2014). La santé mentale jeunesse: un domaine à la croisée des chemins. *Santé mentale au Québec*, 39(1), 101-118.
- Sandelowski, M. (2000). Whatever happened to qualitative description?. *Research in Nursing & Health*, 23(4), 334-340.
- Sandelowski, M. (2010). What's in a name? Qualitative description revisited. *Research in Nursing & Health*, 33(1), 77-84.
- Shelton, D., Kesten, K., Zhang, W. et Trestman, R. (2011). Impact of a dialectic behavior therapy – corrections modified (DBT-CM) upon behaviorally challenged incarcerated male adolescents. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 24(2), 105-113.
- Statistique Canada (2020, septembre). *La COVID-19 au Canada : le point sur les répercussions sociales et économiques après six mois*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/11-631-x/11-631-x2020003-fra.pdf?st=1X1KHLbz>
- Stewart, C., Voulgari, S., Eisler, I., Hunt, K. et Simic, M. (2015). Multi-family therapy for bulimia nervosa in adolescence. *Eating Disorders*, 23(4), 345-355.
- Tardif-Grenier, K., Archambault, I., Dupéré, V., Marks, A. K. et Olivier, E. (2021). Canadian adolescents' internalized symptoms in pandemic times: Sex differences and association with sociodemographic characteristics, confinement habits, and support. *Psychiatry Quarterly*, 92 (3), 1309-1325.
- Uliaszek, A. A., Wilson, S., Mayberry, M., Cox, K. et Maslar, M. (2014). A pilot intervention of multifamily dialectical behavior group therapy in a treatment – seeking adolescent population: Effects on teens and their family members. *The Family Journal*, 22(2), 206-215.

- Van Loon, L. M. A., Van de Ven, M. O. M., Van Doesum, K. T. M., Witteman, C. L. M. et Hosman, C. M. H. (2014). The relation between parental mental illness and adolescent mental health: The role of family factors. *Journal of Child and Family studies*, 23(7), 1201-1214.
- Villeneuve, C. (2006). *L'intervention en santé mentale : le pouvoir thérapeutique de la famille*. Presses de l'Université de Montréal.
- Wight, R., Botticello, A. et Aneshensel, C. (2006). Socioeconomic context, social support, and adolescent mental health: A multilevel investigation. *Journal of Youth and Adolescence*, 35(1), 115-126.
- Zhou, X., Snoswell, C. L., Harding, L. E., Bambling, M., Edirippulige, S., Bai, X. et Smith, A. C. (2020). The role of telehealth in reducing the mental health burden from COVID-19. *Telemedicine and e-health*, 26(4), 377-379.

Annexe A Questionnaire pré-groupe adolescent

Questionnaire pré-groupe adolescent

D'abord, nous tenons à te remercier de prendre le temps de répondre à toutes les questions qui suivent de la manière la plus honnête possible. Saches qu'il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses. Nous voulons simplement mieux te connaître pour mieux t'aider. De plus, les informations que tu fourniras sont strictement confidentielles, c'est-à-dire que personne n'y aura accès, même pas les membres de ta famille. Seules les intervenantes et les membres de l'équipe de recherche en prendront connaissance. Tes réponses peuvent nous aider à faire des liens entre la situation familiale, la situation scolaire, les habitudes de vie, la santé mentale et les relations sociales des adolescents.

Données sociodémographiques

1. Sexe : F M

2. Âge : ans

3. Niveau de secondaire :

3.1 Type de classe (classe régulière, classe d'adaptation scolaire, classe de soutien, programme enrichi, concentration sports, etc.) :

3.2 Résultats académiques :

Stable Chute récente Amélioration récente

4. Composition de la famille :

Famille nucléaire Familles homoparentales Garde partagée
 Famille recomposée Famille monoparentale Famille d'accueil

5. Quel est le niveau d'études le plus élevé de tes parents :

- Parent 1 : Études secondaires non complétées
- Diplôme d'études secondaires (DES)
 - Diplôme d'études professionnelles (DEP)
 - Diplôme d'études collégiales (DEC)
 - Études universitaires

- Parent 2 : Études secondaires non complétées
- Diplôme d'études secondaires (DES)
 - Diplôme d'études professionnelles (DEP)
 - Diplôme d'études collégiales (DEC)
 - Études universitaires

Habitudes de vie

6. Quel est ton nombre d'heures de sommeil par nuit approximativement? Heures /nuit

7. Quelles activités physiques pratiques-tu? À quelle fréquence les pratiques-tu? (soccer, hockey, boxe, natation, danse, marche, course à pied, exercices de conditionnement physique, planche à roulette, etc.)

Activité physique	Fréquence	Durée

8. Quels sont tes loisirs ou passe-temps? À quelle fréquence les pratiques-tu?

9. Es-tu impliqué socialement? Si oui, dans quelle organisation et à quelle fréquence (ex : les Scouts, bénévolat, les Cadets, etc.)?

10. Combien d'heures par semaine travailles-tu? Heures / Semaine

11. Combien d'heures par jour passes-tu sur un appareil électronique (téléphone cellulaire, tablette, TV, jeux vidéo)?

Jour de la semaine : Heures/ jour

Jour de la fin de semaine : Heures/ jour

Consommation d'alcool et de drogues

12. Au cours **des 12 derniers mois**, à quelle fréquence as-tu consommé de l'**alcool**?

Je n'ai pas consommé d'alcool Juste une fois, pour essayer

Moins d'une fois par mois (à l'occasion) Environ 1 fois/mois

La fin de semaine ou 2 fois/semaine 3 fois/semaine ou plus mais pas tous les jours

Tous les jours

13. Au cours **des 12 derniers mois**, à quelle fréquence as-tu consommé de la **drogue**?

Jamais Juste une fois, pour essayer

Moins d'une fois par mois (à l'occasion) Environ 1 fois/mois

La fin de semaine ou 2 fois/semaine 3 fois/semaine ou plus mais pas tous les jours

Tous les jours

14. Au cours **des 30 derniers jours**, as-tu consommé de l'alcool et/ou des drogues?

Alcool Drogue(s)

15. Au cours **des 12 derniers mois**, combien de fois as-tu pris 5 consommations d'alcool ou plus dans une même occasion?

Jamais 1 fois 2 fois 3 fois 4 fois 5 à 10 fois
11 à 25 fois 26 fois ou plus

16. Au cours **des 12 derniers mois**, as-tu expérimenté ces situations **en lien avec ta consommation d'alcool ou de drogues**.

Anxiété Tristesse Problèmes de concentration Difficultés scolaires
Difficultés dans tes relations familiales Difficultés dans tes relations sociales
Difficultés dans une relation de couple
Gestes délinquants sans être arrêté par la police
J'ai besoin de consommer plus qu'auparavant pour obtenir les mêmes effets
J'ai parlé de ma consommation d'alcool ou de drogues à un intervenant

Santé mentale

17. Les questions suivantes portent sur la façon dont tu t'es senti(e) au cours **des 30 derniers jours**. Pour chaque question, entoure le numéro de la réponse correspondant le mieux au nombre de fois où tu as éprouvé ce sentiment (Kessler Psychological Distress scale K6 Version française).

1= Tout le temps 2= La plupart du temps 3= Quelquefois
4= Rarement 5= Jamais

Au cours **des 30 dernier jours**, combien de fois as-tu eu le sentiment

- a) d'être nerveux/nerveuse _____
- b) d'être désespéré(e) _____
- c) d'être agité(e) ou incapable de tenir en place _____
- d) d'être tellement déprimé(e) que rien ne pouvait te remonter le moral _____
- e) que tout te demandait un effort _____
- f) de n'être bon(ne) à rien _____

18. Les questions précédentes portaient sur des sentiments que tu as pu éprouver au cours des 30 derniers jours. Dans l'ensemble, au cours **des 30 derniers jours**, as-tu éprouvé ces sentiments plus souvent ou moins souvent que d'habitude ? (Si tu n'éprouves jamais ces sentiments, entoure « 4 ».)

a) Plus souvent que d'habitude :

1. Beaucoup plus souvent 2. Plutôt plus souvent 3. Un peu plus souvent

b) Aussi souvent que d'habitude :

4. Aussi souvent que d'habitude

c) Moins souvent que d'habitude :

5. Un peu moins souvent 6. Plutôt moins souvent 7. Beaucoup moins souvent

Les questions 19 à 22 portent sur les conséquences que ces sentiments ont pu avoir sur toi au cours des 30 derniers jours. Tu n'as pas besoin d'y répondre si tu as répondu «Jamais» aux 6 items de la question 17.

19. Au cours **des 30 derniers jours**, pendant combien de jours as-tu été totalement incapable de travailler ou d'accomplir tes activités habituelles en raison de ces sentiments ?

_____ Nombre de jours

20. Sans compter les jours indiqués dans la réponse à la question précédente, pendant combien de jours au cours **des 30 derniers jours**, n'as-tu pu faire que la moitié, voire moins, des choses que tu aurais normalement été capable de faire si tu n'avais pas éprouvé ces sentiments ?

_____ Nombre de jours

21. Au cours **des 30 derniers jours**, combien de fois, as-tu consulté un médecin ou un autre professionnel de santé à propos de ces sentiments ?

_____ Nombre de fois

22. Au cours **des 30 derniers jours**, est-il arrivé que ces sentiments soient principalement provoqués par des problèmes de santé physique ?

1. Tout le temps ____ 2. La plupart du temps ____ 3. Quelquefois ____ 4. Rarement ____
5. Jamais _____

23. Au cours **des 30 derniers jours**, est-ce qu'il t'est arrivé d'avoir des idées noires ou des idées suicidaires ?

1. Jamais 2. 1fois 3. 1fois/semaine ou moins
4. 2-3 fois/semaine ou plus mais pas tous les jours 5. Tous les jours

24. Est-ce qu'un médecin ou un spécialiste de la santé a émis un diagnostic de problèmes de santé mentale pour toi? Lequel ou lesquels?

-Quels sont les médicaments que tu prends?

Relations sociales et familiales

25. Écris les chiffres correspondant à la réponse pour chacune des sections.

Tableau 1. L'Échelle de provisions sociales

L'Échelle de provisions sociales

Nous vous demandons de répondre le plus honnêtement possible au questionnaire suivant ;
il s'agit d'évaluer votre niveau d'accord ou de désaccord avec chacun des énoncés.
Vous inscrivez sur l'espace adjacent le chiffre qui correspond à votre niveau d'accord.
Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses ; lorsque vous y répondrez,
essayez de penser aux personnes qui vous entourent.

Fortement en désaccord 1	En désaccord 2	D'accord 3	Fortement en accord 4
1. Il y a des personnes sur qui je peux compter pour m'aider en cas de réel besoin.			
2. J'ai l'impression que je n'ai aucune relation intime avec les autres.			
3. Je n'ai personne à qui m'adresser pour m'orienter en période de stress.			
4. Il y a des personnes qui nécessitent mon aide.			
5. Il y a des personnes qui prennent plaisir aux mêmes activités sociales que moi.			
6. Les autres ne me considèrent pas compétent.			
7. Je me sens personnellement responsable du bien-être d'une autre personne.			
8. J'ai l'impression de faire partie d'un groupe de personnes qui partagent mes attitudes et mes croyances.			

1. ____ 2. ____ 3. ____ 4. ____ 5. ____ 6. ____ 7. ____ 8. ____

1= Fortement en désaccord

2= En désaccord

3= D'accord

4= Fortement en accord

9. Je ne crois pas que les autres aient de la considération pour mes aptitudes et habiletés.
 10. Si quelque chose allait mal, personne ne viendrait à mon aide.
 11. J'ai des personnes proches de moi qui me procurent un sentiment de sécurité affective et de bien-être.
 12. Il y a quelqu'un avec qui je pourrais discuter de décisions importantes qui concernent ma vie.
 13. J'ai des relations où sont reconnus ma compétence et mon savoir-faire.
 14. Il n'y a personne qui partagent mes intérêts et mes préoccupations.
 15. Il n'y a personne qui se fie réellement sur moi pour son bien-être.
 16. Il y a une personne fiable à qui je pourrais faire appel pour me conseiller si j'avais des problèmes.
 17. Je ressens un lien affectif fort avec au moins une autre personne.
 18. Il n'y a personne sur qui je peux compter pour de l'aide si je suis réellement dans le besoin.
 19. Il n'y a personne avec qui je me sens à l'aise pour parler de mes problèmes.
 20. Il y a des gens qui admirent mes talents et habiletés.
 21. Il me manque une relation d'intimité avec quelqu'un.
 22. Personne n'aime faire les mêmes activités que moi.
 23. Il y a des gens sur qui je peux compter en cas d'urgence.
 24. Plus personne ne nécessite mes soins ou mon attention désormais.
-

9. ____ 10. ____ 11. ____ 12. ____ 13. ____ 14. ____ 15. ____ 16. ____

17. ____ 18. ____ 19. ____ 20. ____ 21. ____ 22. ____ 23. ____ 24. ____

Référence : Caron, J. (1996). L'Échelle de provisions sociales : une validation québécoise. Santé mentale au Québec, 21 (2), 158-180.

Annexe B Questionnaire pré-groupe parent

Questionnaire pré-groupe parent

D'abord, nous tenons à vous remercier de prendre le temps de répondre à toutes les questions qui suivent de la manière la plus honnête possible. Sachez qu'il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses. Nous voulons simplement mieux vous connaître pour mieux vous aider. De plus, les informations que vous fournirez sont strictement confidentielles, c'est-à-dire que personne n'y aura accès, même pas les membres de votre famille. Seules les intervenantes et les membres de l'équipe de recherche en prendront connaissance. Vos réponses peuvent nous aider à faire des liens entre la situation familiale, la situation scolaire, les habitudes de vie, la santé mentale ainsi que les relations sociales des adolescents et des parents.

Données sociodémographiques

1. Sexe : F M 2. Âge : ans

3. Composition de la famille :

___ Famille nucléaire ___ Famille homoparentale ___ Garde partagée
___ Famille recomposée ___ Famille monoparentale ___ Famille d'accueil

4. Quel est le niveau d'études le plus élevé de l'autre parent de votre adolescent et vous-mêmes :

-Parent 1 : Études secondaires non complétées
 Diplôme d'études secondaires (DES)
 Diplôme d'études professionnelles (DEP)
 Diplôme d'études collégiales (DEC)
 Études universitaires

-Parent 2 : Études secondaires non complétées
 Diplôme d'études secondaires (DES)

- Diplôme d'études professionnelles (DEP)
- Diplôme d'études collégiales (DEC)
- Études universitaires

5. Quel est votre occupation? _____

Habitudes de vie

6. Quel est votre nombre d'heures de sommeil par nuit approximativement?

Heures /nuit

7. Quelles activités physiques pratiquez- vous? À quelle fréquence les pratiquez-vous?
(soccer, hockey, boxe, natation, danse, marche, course à pied, exercices de conditionnement physique, yoga, etc.)

Activité physique	Fréquence	Durée

8. Quels sont vos loisirs ou passe-temps? À quelle fréquence les pratiquez-vous?

9. Êtes-vous impliqués socialement? Si oui, dans quelle organisation et à quelle fréquence (ex : les Scouts, bénévolat, les Cadets, implication dans la communauté, conseil d'administration, etc.)?

10. Combien d'heures par semaine travaillez-vous? Heures / Semaine

11. Combien d'heures par jour êtes-vous sur un appareil électronique (téléphone cellulaire, tablette, TV, jeux vidéo)?

Jour de la semaine : Heures/ jour

Jour de la fin de semaine : Heures/ jour

Consommation d'alcool et de drogues

12. Au cours **des 12 derniers mois**, à quelle fréquence avez-vous consommé de l'**alcool**?

Je n'ai pas consommé d'alcool Moins d'une fois par mois (à l'occasion) Environ

1 fois/mois La fin de semaine ou 2 fois/semaine

3 fois/semaine ou plus mais pas tous les jours Tous les jours

13. Au cours **des 12 derniers mois**, à quelle fréquence avez-vous consommé de la **drogue**?

Jamais Juste une fois, pour essayer

Moins d'une fois par mois (à l'occasion) Environ 1 fois/mois

La fin de semaine ou 2 fois/semaine 3 fois/semaine ou plus mais pas tous les jours

Tous les jours

14. Au cours **des 30 derniers jours**, avez-vous consommé de l'alcool et/ou des drogues?

Alcool Drogue(s)

15. Au cours **des 12 derniers mois**, combien de fois avez-vous pris 5 consommations d'alcool ou plus dans une même occasion?

Jamais 1 fois 2 fois 3 fois 4 fois 5 à 10 fois
11 à 25 fois 26 fois ou plus

16. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous expérimenté ces situations **en lien avec votre consommation d'alcool ou de drogues**.

Anxiété Tristesse Problèmes de concentration Difficultés au travail
Difficultés dans vos relations familiales Difficultés dans vos relations sociales
Difficultés dans votre relation de couple
Gestes délinquants sans être arrêté par la police
J'ai besoin de consommer plus qu'auparavant pour obtenir les mêmes effets
J'ai parlé de ma consommation d'alcool ou de drogues à un intervenant

Santé mentale

17. Les questions suivantes portent sur la façon dont vous vous êtes senti(e) au cours **des 30 derniers jours**. Pour chaque question, entourez le numéro de la réponse correspondant le mieux au nombre de fois où vous avez éprouvé ce sentiment (Kessler Psychological Distress scale K-8 Version française).

1= Tout le temps 2= La plupart du temps 3= Quelquefois
4= Rarement 5= Jamais

Au cours **des 30 dernier jours**, combien de fois avez-vous eu le sentiment

- a) d'être nerveux/nerveuse _____
- b) d'être désespéré(e) _____
- c) d'être agité(e) ou incapable de tenir en place _____
- d) d'être tellement déprimé(e) que rien ne pouvait te remonter le moral _____
- e) que tout te demandait un effort _____
- f) de n'être bon(ne) à rien _____

18. Les questions précédentes portaient sur des sentiments que vous avez pu éprouver au cours des 30 derniers jours. Dans l'ensemble, au cours **des 30 derniers jours**, avez-vous éprouvé ces sentiments plus souvent ou moins souvent que d'habitude ? (Si vous n'éprouvez jamais ces sentiments, entourez « 4 ».)

a) Plus souvent que d'habitude :

1. Beaucoup plus souvent 2. Plutôt plus souvent 3. Un peu plus souvent

b) Aussi souvent que d'habitude :

4. Aussi souvent que d'habitude

c) Moins souvent que d'habitude :

5. Un peu moins souvent 6. Plutôt moins souvent 7. Beaucoup moins souvent

Les questions 19 à 22 portent sur les conséquences que ces sentiments ont pu avoir sur vous au cours des 30 derniers jours. Vous n'avez pas besoin d'y répondre si vous avez répondu « Jamais » aux 6 items de la question 17.

19. Au cours **des 30 derniers jours**, pendant combien de jours avez-vous été totalement incapable de travailler ou d'accomplir vos activités habituelles en raison de ces sentiments?

_____ Nombre de jours

20. Sans compter les jours indiqués dans la réponse à la question précédente, pendant combien de jours au cours **des 30 derniers jours**, n'avez-vous pu faire que la moitié, voire moins, des choses que vous auriez normalement été capable de faire si vous n'aviez pas éprouvé ces sentiments ?

_____ Nombre de jours

21. Au cours **des 30 derniers jours**, combien de fois, avez-vous consulté un médecin ou un autre professionnel de santé à propos de ces sentiments ?

_____ Nombre de fois

22. Au cours **des 30 derniers jours**, est-il arrivé que ces sentiments soient principalement provoqués par des problèmes de santé physique ?

1. Tout le temps ___ 2. La plupart du temps ___ 3. Quelquefois ___ 4. Rarement ___
5. Jamais _____

23. Au cours **des 30 derniers jours**, est-ce qu'il vous est arrivé d'avoir des idées noires ou des idées suicidaires ?

1. Jamais 2. 1fois 3. 1fois/semaine ou moins
4. 2-3 fois/semaine ou plus mais pas tous les jours 5. Tous les jours

24. Est-ce qu'un médecin ou un spécialiste de la santé a émis un diagnostic de problèmes de santé mentale pour vous-mêmes? Pour l'autre parent de votre adolescent participant? Lequel ou lesquelles? Est-ce que des médicaments sont prescrits pour ces problèmes de santé mentale?

Parent 1 :

Médication(s) :

Parent 2 :

Médication(s) :

25. Est-ce qu'un médecin ou un spécialiste de la santé a émis un diagnostic de problèmes de santé mentale pour votre adolescent participant? Lequel ou lesquels? Est-ce que des médicaments sont prescrits pour ces problèmes de santé mentale?

Diagnostic(s) :

Médication(s) :

Relations sociales et familiales

26. Écrivez les chiffres correspondant à la réponse pour chacune des sections.

Tableau 1. L'Échelle de provisions sociales **L'Échelle de provisions sociales**

Nous vous demandons de répondre le plus honnêtement possible au questionnaire suivant ;
il s'agit d'évaluer votre niveau d'accord ou de désaccord avec chacun des énoncés.
Vous inscrivez sur l'espace adjacent le chiffre qui correspond à votre niveau d'accord.
Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses ; lorsque vous y répondez,
essayez de penser aux personnes qui vous entourent.

Fortement en désaccord	En désaccord	D'accord	Fortement en accord
1	2	3	4
1. Il y a des personnes sur qui je peux compter pour m'aider en cas de réel besoin.			
2. J'ai l'impression que je n'ai aucune relation intime avec les autres.			
3. Je n'ai personne à qui m'adresser pour m'orienter en période de stress.			
4. Il y a des personnes qui nécessitent mon aide.			
5. Il y a des personnes qui prennent plaisir aux mêmes activités sociales que moi.			
6. Les autres ne me considèrent pas compétent.			
7. Je me sens personnellement responsable du bien-être d'une autre personne.			
8. J'ai l'impression de faire partie d'un groupe de personnes qui partagent mes attitudes et mes croyances.			

1. ____ 2. ____ 3. ____ 4. ____ 5. ____ 6. ____ 7. ____ 8. ____

1= Fortement en désaccord

2= En désaccord

3= D'accord

4= Fortement en accord

9. Je ne crois pas que les autres aient de la considération pour mes aptitudes et habiletés.
 10. Si quelque chose allait mal, personne ne viendrait à mon aide.
 11. J'ai des personnes proches de moi qui me procurent un sentiment de sécurité affective et de bien-être.
 12. Il y a quelqu'un avec qui je pourrais discuter de décisions importantes qui concernent ma vie.
 13. J'ai des relations où sont reconnus ma compétence et mon savoir-faire.
 14. Il n'y a personne qui partagent mes intérêts et mes préoccupations.
 15. Il n'y a personne qui se fie réellement sur moi pour son bien-être.
 16. Il y a une personne fiable à qui je pourrais faire appel pour me conseiller si j'avais des problèmes.
 17. Je ressens un lien affectif fort avec au moins une autre personne.
 18. Il n'y a personne sur qui je peux compter pour de l'aide si je suis réellement dans le besoin.
 19. Il n'y a personne avec qui je me sens à l'aise pour parler de mes problèmes.
 20. Il y a des gens qui admirent mes talents et habiletés.
 21. Il me manque une relation d'intimité avec quelqu'un.
 22. Personne n'aime faire les mêmes activités que moi.
 23. Il y a des gens sur qui je peux compter en cas d'urgence.
 24. Plus personne ne nécessite mes soins ou mon attention désormais.
-

9. ____ 10. ____ 11. ____ 12. ____ 13. ____ 14. ____ 15. ____ 16. ____

17. ____ 18. ____ 19. ____ 20. ____ 21. ____ 22. ____ 23. ____ 24. ____

Référence : Caron, J. (1996). L'Échelle de provisions sociales : une validation québécoise. Santé mentale au Québec, 21 (2), 158–180.

Annexe C Canevas entrevue semi-dirigée pré-groupe adolescent

Questionnaire d'entrevue semi-dirigée pré-groupe adolescent

Nom fictif :

Date :

1. Qui sont les personnes qui habitent avec toi? Si tu as plus d'un milieu de vie, décris les personnes faisant partie de chacun des milieux de vie.

2. Comment décrirais-tu chacune de tes relations avec ces personnes? Comment décrirais-tu la relation entre tes parents?

3. Quand quelqu'un de ta famille a un problème ou a besoin d'aide, comment chacun des membres de la famille réagissent-ils? Demandent-ils de l'aide? À qui? Pourquoi à cette personne?

4. Lorsqu'un membre de ta famille est triste, est-ce que les autres membres de la famille s'en aperçoivent? Comment réagissent-ils? Est-ce qu'ils s'en mêlent trop ou ne s'en mêlent pas assez?

5. Comment se prennent les décisions dans ta famille (discipline, choix d'une activité, demande de permission)?

6. Comment se déroulent les sorties en famille?

7. Quels sont les sujets ou les moments qui occasionnent souvent des conflits avec tes parents (tâches ménagères, devoirs, règles de la maison, conflit avec frère/sœur, etc.)? Comment ces conflits se déroulent et se terminent? Est-ce que ta perception de la situation peut habituellement être entendue?

8. Comment réagis-tu lorsque tu es en colère? Comment les autres membres de ta famille réagissent lorsqu'ils sont en colère? Est-ce que les membres de ta famille sont à l'aise de nommer leurs frustrations et insatisfactions à l'autre?

9. Est-ce que tu as l'impression de posséder de bonnes stratégies pour faire face aux situations difficiles? Aux émotions difficiles? Quels sont ces moyens?

10. C'est quoi les règles à la maison? Est-il possible de désobéir aux règles sans conséquence? Est-ce que les règles changent souvent? Pour quelles raisons, elles peuvent changer?

11. Est-ce que tes parents sont intéressés à connaître
-tes intérêts?

-tes amis?

-tes activités de la journée?

-tes déplacements?

-ton humeur?

12. Est-ce qu'il y a des moments où tu sens que tes parents sont fiers de toi? Quels sont-ils?

13. Est-ce que les membres de ta famille démontrent un intérêt les uns envers les autres uniquement lorsqu'ils peuvent en retirer quelque chose?

14. Qui sont les personnes importantes pour toi?

Réseau de soutien social adolescent

15.

	Parent 1	Parent 2	Amis	Frère/soeur	Autres	Satisfaction
Soutien émotionnel -Quelqu'un qui peut m'écouter -quelqu'un à qui je peux parler de mes émotions -quelqu'un qui peut m'aider à gérer mes émotions						

	Parent 1	Parent 2	Amis	Frère/soeur	Autres	Satisfaction
Socialisation, loisirs -quelqu'un avec qui je fais activités -quelqu'un avec qui je dîne -quelqu'un avec qui je discute pendant mes pauses -quelqu'un avec qui je discute sur les réseaux sociaux						

	Parent 1	Parent 2	Amis	Frère/soeur	Autres	Satisfaction
Conseil, information -quelqu'un qui me donne des conseils, trucs, des informations						

	Parent 1	Parent 2	Amis	Frère/soeur	Autres	Satisfaction
Rétroaction -quelqu'un qui est capable de me le dire quand j'ai l'air triste, fâché, anxieux -quelqu'un qui est capable de me dire mes bons coups et quand je fais quelque chose de bien -quelqu'un qui peut me dire mes qualités et mes défauts						

	Parent 1	Parent 2	Amis	Frère/soeur	Autres	Satisfaction
Aide concrète -quelqu'un qui m'offre du transport -quelqu'un qui m'aide dans les tâches (faire les repas, préparer mon lunch, faire le lavage, apprendre à cuisiner, faire un C.V., aller porter des C.V., faire mes devoirs)						

	Parent 1	Parent 2	Amis	Frère/soeur	Autres	Satisfaction
État de bien-être -quelqu'un qui me permet de me sentir bien à la maison, à l'école						

	Parent 1	Parent 2	Amis	Frère/ soeur	Autres	Satisfaction
Plusieurs types de support						
Réciprocité -qui implique un échange mutuel, une action équivalente pour les différents types de support						

16. Est-ce qu'il y a des personnes dans ton entourage que tu trouves

-qui te nuisent?

-qui ne t'aident pas?

-qui ont tendance à te blâmer?

Annexe D Canevas entrevue semi-dirigée pré-groupe parent

Questionnaire d'entrevue semi-dirigée pré-groupe parent

Nom fictif :

Date :

1. Qui sont les personnes qui habitent avec vous? Avez-vous un conjoint ou une conjointe? À quelle fréquence votre enfant côtoie-t-il votre conjoint/conjointe?

2. Comment décririez-vous chacune de vos relations avec ces personnes (famille immédiate)? Comment décririez-vous votre relation avec le père ou la mère de votre adolescent?

3. Quand quelqu'un de votre famille a un problème ou a besoin d'aide, comment chacun des membres de la famille réagissent-ils? Demandent-ils de l'aide? À qui? Pourquoi à cette personne?

4. Lorsqu'un membre de votre famille est triste, est-ce que les autres membres de la famille s'en aperçoivent? Comment réagissent-ils? Est-ce qu'ils s'en mêlent trop ou ne s'en mêlent pas assez?

5. Comment se prennent les décisions dans votre famille (discipline, choix d'une activité, demande de permission)?

6. Comment se déroulent les sorties en famille?

7. Quels sont les sujets ou les moments qui occasionnent souvent des conflits avec vos enfants (tâches ménagères, devoirs, règles de la maison, conflit avec frère/sœur, etc.)? Comment ces conflits se déroulent et se terminent? Est-ce que votre perception de la situation peut habituellement être entendue?

8. Comment réagissez-vous lorsque vous êtes en colère? Comment les autres membres de votre famille réagissent lorsqu'ils sont en colère? Est-ce que les membres de votre famille sont à l'aise de nommer leurs frustrations et insatisfactions à l'autre?

9. Est-ce que vous avez l'impression que vous possédez de bonnes stratégies pour faire face aux situations difficiles dans votre famille? Aux émotions difficiles? Quels sont ces moyens?

10. Quelles sont les principales règles à la maison? Qu'arrive-t-il lorsqu'une règle n'est pas respectée? Est-ce que les règles changent souvent? Pour quelles raisons, elles peuvent changer?

11. Pouvez-vous me dire quels sont les intérêts de votre adolescent?

12. Pouvez-vous me dire qui sont les amis de votre adolescent? Est-ce qu'il y a des amitiés de votre jeune qui vous inquiètent? Que faites-vous à propos de ces inquiétudes?

13. Que fait habituellement votre adolescent après l'école et lors des journées de congé? Est-ce que votre adolescent vous parle de ses activités?

14. Comment décrieriez-vous l'utilisation des réseaux sociaux /jeux électroniques de votre adolescent? Est-ce un sujet de conflits dans la relation parent-adolescent?

15. Comment décririez-vous l'humeur générale de votre adolescent? Comment remarquez-vous lorsqu'il ne semble pas de bonne humeur? Que faites-vous dans ces moments?

16. À quelle fréquence rencontrez-vous ou communiquez-vous avec les enseignants ou le personnel scolaire de votre adolescent? Quels sont les motifs habituels de ces conversations?

17. Est-ce qu'il y a des moments où vous exprimez une fierté ou une appréciation à votre adolescent? Quels sont-ils?

18. Est-ce que les membres de votre famille démontrent un intérêt les uns envers les autres uniquement lorsqu'ils peuvent en retirer quelque chose?

19. Qui sont les personnes importantes pour vous?

Réseau de soutien social parent

20.

	Conjoint/Conjointe	Parents	Amis	Enfant	Frère/sœur	Autres	Satisfaction
Support émotionnel -Quelqu'un qui peut m'écouter -quelqu'un à qui je peux parler de mes émotions -quelqu'un qui peut m'aider à gérer mes émotions							

	Conjoint/Conjointe	Parents	Amis	Enfant	Frère/sœur	Autres	Satisfaction
Socialisation, loisirs -quelqu'un avec qui je fais des activités -quelqu'un avec qui je discute							

	Conjoint/Conjointe	Parents	Amis	Enfant	Frère/sœur	Autres	Satisfaction
Conseil, information -quelqu'un qui me donne des conseils, des trucs, de l'information							

	Conjoint/Conjointe	Parents	Amis	Enfant	Frère/sœur	Autres	Satisfaction
Rétroaction -quelqu'un qui est capable de me dire quand j'ai l'air triste, fâché, anxieux -quelqu'un qui est capable de me dire mes bons coups et quand je fais quelque chose de bien -quelqu'un qui peut me dire mes qualités et mes défauts							

	Conjoint/Conjointe	Parents	Amis	Enfant	Frère/sœur	Autres	Satisfaction
Aide concrète -quelqu'un qui m'offre de l'aide dans les différentes activités quotidiennes (tâches ménagères, tâches d'entretien extérieur, gardiennage, transport des enfants, rendez-vous divers des enfants)							

	Conjoint/Conjointe	Parents	Amis	Enfant	Frère/sœur	Autres	Satisfaction
État de bien-être quelqu'un qui me permet de me sentir bien à la maison, au travail							

	Conjoint/Conjointe	Parents	Amis	Enfant	Frère/sœur	Autres	Satisfaction
Plusieurs types de support							
Réciprocité -qui implique un échange mutuel, une action équivalente pour les différents types de support							

21. Est-ce qu'il y a des personnes dans votre entourage que vous trouvez
-qui vous nuisent?

-qui ne vous aident pas?

-qui ont tendance à vous blâmer?

Annexe E Questionnaire post-groupe adolescent

Questionnaire pré-groupe adolescent

D'abord, nous tenons à te remercier de prendre le temps de répondre à toutes les questions qui suivent de la manière la plus honnête possible. Saches qu'il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses. Nous voulons simplement mieux te connaître pour mieux t'aider. De plus, les informations que tu fourniras sont strictement confidentielles, c'est-à-dire que personne n'y aura accès, même pas les membres de ta famille. Seules les intervenantes et les membres de l'équipe de recherche en prendront connaissance. Tes réponses peuvent nous aider à faire des liens entre la situation familiale, la situation scolaire, les habitudes de vie, la santé mentale et les relations sociales des adolescents.

Données sociodémographiques

1. Sexe : F M

2. Âge : ans

3. Niveau de secondaire :

3.1 Type de classe (classe régulière, classe d'adaptation scolaire, classe de soutien, programme enrichi, concentration sports, etc.) :

3.2 Résultats académiques :

Stable Chute récente Amélioration récente

4. Composition de la famille :

Famille nucléaire Familles homoparentales Garde partagée
 Famille recomposée Famille monoparentale Famille d'accueil

5. Quel est le niveau d'études le plus élevé de tes parents :

- Parent 1 : Études secondaires non complétées
- Diplôme d'études secondaires (DES)
 - Diplôme d'études professionnelles (DEP)
 - Diplôme d'études collégiales (DEC)
 - Études universitaires

- Parent 2 : Études secondaires non complétées
- Diplôme d'études secondaires (DES)
 - Diplôme d'études professionnelles (DEP)
 - Diplôme d'études collégiales (DEC)
 - Études universitaires

Habitudes de vie

6. Quel est ton nombre d'heures de sommeil par nuit approximativement? Heures /nuit

7. Quelles activités physiques pratiques-tu? À quelle fréquence les pratiques-tu? (soccer, hockey, boxe, natation, danse, marche, course à pied, exercices de conditionnement physique, planche à roulette, etc.)

Activité physique	Fréquence	Durée

8. Quels sont tes loisirs ou passe-temps? À quelle fréquence les pratiques-tu?

9. Es-tu impliqué socialement? Si oui, dans quelle organisation et à quelle fréquence (ex : les Scouts, bénévolat, les Cadets, etc.)?

10. Combien d'heures par semaine travailles-tu? Heures / Semaine

11. Combien d'heures par jour passes-tu sur un appareil électronique (téléphone cellulaire, tablette, TV, jeux vidéo)?

Jour de la semaine : Heures/ jour

Jour de la fin de semaine : Heures/ jour

Consommation d'alcool et de drogues

12. Au cours **des 12 derniers mois**, à quelle fréquence as-tu consommé de l'**alcool**?

Je n'ai pas consommé d'alcool Juste une fois, pour essayer

Moins d'une fois par mois (à l'occasion) Environ 1 fois/mois

La fin de semaine ou 2 fois/semaine 3 fois/semaine ou plus mais pas tous les jours

Tous les jours

13. Au cours **des 12 derniers mois**, à quelle fréquence as-tu consommé de la **drogue**?

Jamais Juste une fois, pour essayer

Moins d'une fois par mois (à l'occasion) Environ 1 fois/mois

La fin de semaine ou 2 fois/semaine 3 fois/semaine ou plus mais pas tous les jours

Tous les jours

14. Au cours **des 30 derniers jours**, as-tu consommé de l'alcool et/ou des drogues?

Alcool Drogue(s)

15. Au cours **des 12 derniers mois**, combien de fois as-tu pris 5 consommations d'alcool ou plus dans une même occasion?

Jamais 1 fois 2 fois 3 fois 4 fois 5 à 10 fois
11 à 25 fois 26 fois ou plus

16. Au cours **des 12 derniers mois**, as-tu expérimenté ces situations **en lien avec ta consommation d'alcool ou de drogues**.

Anxiété Tristesse Problèmes de concentration Difficultés scolaires
Difficultés dans tes relations familiales Difficultés dans tes relations sociales
Difficultés dans une relation de couple
Gestes délinquants sans être arrêté par la police
J'ai besoin de consommer plus qu'auparavant pour obtenir les mêmes effets
J'ai parlé de ma consommation d'alcool ou de drogues à un intervenant

Santé mentale

17. Les questions suivantes portent sur la façon dont tu t'es senti(e) au cours **des 30 derniers jours**. Pour chaque question, entoure le numéro de la réponse correspondant le mieux au nombre de fois où tu as éprouvé ce sentiment (Kessler Psychological Distress scale K6 Version française).

1= Tout le temps 2= La plupart du temps 3= Quelquefois
4= Rarement 5= Jamais

Au cours **des 30 dernier jours**, combien de fois as-tu eu le sentiment

- g) d'être nerveux/nerveuse _____
- h) d'être désespéré(e) _____
- i) d'être agité(e) ou incapable de tenir en place _____
- j) d'être tellement déprimé(e) que rien ne pouvait te remonter le moral _____
- k) que tout te demandait un effort _____
- l) de n'être bon(ne) à rien _____

18. Les questions précédentes portaient sur des sentiments que tu as pu éprouver au cours des 30 derniers jours. Dans l'ensemble, au cours **des 30 derniers jours**, as-tu éprouvé ces sentiments plus souvent ou moins souvent que d'habitude ? (Si tu n'éprouves jamais ces sentiments, entoure « 4 ».)

a) Plus souvent que d'habitude :

1. Beaucoup plus souvent 2. Plutôt plus souvent 3. Un peu plus souvent

b) Aussi souvent que d'habitude :

4. Aussi souvent que d'habitude

c) Moins souvent que d'habitude :

5. Un peu moins souvent 6. Plutôt moins souvent 7. Beaucoup moins souvent

Les questions 19 à 22 portent sur les conséquences que ces sentiments ont pu avoir sur toi au cours des 30 derniers jours. Tu n'as pas besoin d'y répondre si tu as répondu «Jamais» aux 6 items de la question 17.

19. Au cours **des 30 derniers jours**, pendant combien de jours as-tu été totalement incapable de travailler ou d'accomplir tes activités habituelles en raison de ces sentiments ?

_____ Nombre de jours

20. Sans compter les jours indiqués dans la réponse à la question précédente, pendant combien de jours au cours **des 30 derniers jours**, n'as-tu pu faire que la moitié, voire moins, des choses que tu aurais normalement été capable de faire si tu n'avais pas éprouvé ces sentiments ?

_____ Nombre de jours

21. Au cours **des 30 derniers jours**, combien de fois, as-tu consulté un médecin ou un autre professionnel de santé à propos de ces sentiments ?

_____ Nombre de fois

22. Au cours **des 30 derniers jours**, es-t-il arrivé que ces sentiments soient principalement provoqués par des problèmes de santé physique ?

1. Tout le temps ____ 2. La plupart du temps ____ 3. Quelquefois ____ 4. Rarement ____
5. Jamais ____

23. Au cours **des 30 derniers jours**, est-ce qu'il t'est arrivé d'avoir des idées noires ou des idées suicidaires ?

1. Jamais 2. 1fois 3. 1fois/semaine ou moins
4. 2-3 fois/semaine ou plus mais pas tous les jours 5. Tous les jours

24. Est-ce qu'un médecin ou un spécialiste de la santé a émis de nouveaux diagnostic de problèmes de santé mentale pour toi depuis septembre 2020? Si oui, lequel ou lesquels?

25. Est-ce qu'il y a eu des changements dans les médicaments que tu prends depuis septembre 2020? Si oui, quels sont ces changements? Et depuis combien de temps?

Relations sociales et familiales

26. Écris les chiffres correspondant à la réponse pour chacune des sections.

Tableau 1. L'Échelle de provisions sociales
L'Échelle de provisions sociales

Nous vous demandons de répondre le plus honnêtement possible au questionnaire suivant ;
il s'agit d'évaluer votre niveau d'accord ou de désaccord avec chacun des énoncés.
Vous inscrivez sur l'espace adjacent le chiffre qui correspond à votre niveau d'accord.
Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses ; lorsque vous y répondrez,
essayez de penser aux personnes qui vous entourent.

Fortement en désaccord 1	En désaccord 2	D'accord 3	Fortement en accord 4
-----------------------------	-------------------	---------------	--------------------------

1. Il y a des personnes sur qui je peux compter pour m'aider en cas de réel besoin.
2. J'ai l'impression que je n'ai aucune relation intime avec les autres.
3. Je n'ai personne à qui m'adresser pour m'orienter en période de stress.
4. Il y a des personnes qui nécessitent mon aide.
5. Il y a des personnes qui prennent plaisir aux mêmes activités sociales que moi.
6. Les autres ne me considèrent pas compétent.
7. Je me sens personnellement responsable du bien-être d'une autre personne.
8. J'ai l'impression de faire partie d'un groupe de personnes qui partagent mes attitudes et mes croyances.

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____ 6. _____ 7. _____ 8. _____

1= Fortement en désaccord

2= En désaccord

3= D'accord

4= Fortement en accord

9. Je ne crois pas que les autres aient de la considération pour mes aptitudes et habiletés.
 10. Si quelque chose allait mal, personne ne viendrait à mon aide.
 11. J'ai des personnes proches de moi qui me procurent un sentiment de sécurité affective et de bien-être.
 12. Il y a quelqu'un avec qui je pourrais discuter de décisions importantes qui concernent ma vie.
 13. J'ai des relations où sont reconnus ma compétence et mon savoir-faire.
 14. Il n'y a personne qui partagent mes intérêts et mes préoccupations.
 15. Il n'y a personne qui se fie réellement sur moi pour son bien-être.
 16. Il y a une personne fiable à qui je pourrais faire appel pour me conseiller si j'avais des problèmes.
 17. Je ressens un lien affectif fort avec au moins une autre personne.
 18. Il n'y a personne sur qui je peux compter pour de l'aide si je suis réellement dans le besoin.
 19. Il n'y a personne avec qui je me sens à l'aise pour parler de mes problèmes.
 20. Il y a des gens qui admirent mes talents et habiletés.
 21. Il me manque une relation d'intimité avec quelqu'un.
 22. Personne n'aime faire les mêmes activités que moi.
 23. Il y a des gens sur qui je peux compter en cas d'urgence.
 24. Plus personne ne nécessite mes soins ou mon attention désormais.
-

9. ____ 10. ____ 11. ____ 12. ____ 13. ____ 14. ____ 15. ____ 16. ____

17. ____ 18. ____ 19. ____ 20. ____ 21. ____ 22. ____ 23. ____ 24. ____

Référence : Caron, J. (1996). L'Échelle de provisions sociales : une validation québécoise. Santé mentale au Québec, 21 (2), 158–180.

27. Quelle est ta préférence pour la durée des rencontres de groupe par Zoom?

1 rencontre = 1 heure 1 rencontre = 2 heures

28. Quelle est ta préférence pour la fréquence des rencontres de groupe par Zoom?

2 fois par semaine pendant 7 semaines (1 rencontre= 1 heure)

1 fois par semaine pendant 14 semaines (1 rencontre = 1 heure)

1 fois par semaine pendant 7 semaines (1 rencontre = 2 heures)

29. Choisis les 3 thèmes que tu as préférés.

Théorie biosociale (facteurs biologiques, facteurs sociaux)

Accepter/ changer

Pleine conscience

Les 3 états d'esprit (esprit rationnel, esprit émotionnel, esprit sage)

Validation (validation, auto-validation, invalidation

Renforcement (renforcement positif, renforcement négatif)

Régulation des émotions (reconnaître les émotions, utilité des émotions, Iceberg des émotions)

Régulation des émotions (stratégies de gestion des émotions, action opposée)

Dialectique (deux idées opposées existent en même temps et peuvent être valables)

Dilemmes dialectiques parents-adolescents

DEAR (modèle de demande)

PENSE (qu'est-ce qui est difficile pour les adolescents et pour les parents, qu'est-ce que les adolescents et les parents aiment entendre)

30. Choisis les 3 thèmes que tu as le moins aimés.

Théorie biosociale (facteurs biologiques, facteurs sociaux)

Accepter/ changer

Pleine conscience

Les 3 états d'esprit (esprit rationnel, esprit émotionnel, esprit sage)

Validation (validation, auto-validation, invalidation

Renforcement (renforcement positif, renforcement négatif)

Régulation des émotions (reconnaître les émotions, utilité des émotions, Iceberg des émotions)

Régulation des émotions (stratégies de gestion des émotions, action opposée)

Dialectique (deux idées opposées existent en même temps et peuvent être valables)

Dilemmes dialectiques parents-adolescents

DEAR (modèle de demande)

PENSE (qu'est-ce qui est difficile pour les adolescents et pour les parents, qu'est-ce que les adolescents et les parents aiment entendre)

31. Est-ce que tu dirais que les rencontres de groupe t'ont été...

-très utiles

-utiles

-peu utiles

-pas utiles du tout

32. Comment décrirais-tu ta participation à ce groupe (rencontres de groupe, dessins à faire chaque semaine)?

- J'ai beaucoup participé

- J'ai bien participé

- J'ai un peu participé

- J'ai très peu participé

33. Écris un commentaire sur ton expérience.

Annexe F Questionnaire post-groupe parent

Questionnaire pré-groupe parent

D'abord, nous tenons à vous remercier de prendre le temps de répondre à toutes les questions qui suivent de la manière la plus honnête possible. Sachez qu'il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses. Nous voulons simplement mieux vous connaître pour mieux vous aider. De plus, les informations que vous fournirez sont strictement confidentielles, c'est-à-dire que personne n'y aura accès, même pas les membres de votre famille. Seules les intervenantes et les membres de l'équipe de recherche en prendront connaissance. Vos réponses peuvent nous aider à faire des liens entre la situation familiale, la situation scolaire, les habitudes de vie, la santé mentale ainsi que les relations sociales des adolescents et des parents.

Données sociodémographiques

1. Sexe : F M 2. Âge : ans

3. Composition de la famille :

___ Famille nucléaire ___ Famille homoparentale ___ Garde partagée
___ Famille recomposée ___ Famille monoparentale ___ Famille d'accueil

4. Quel est le niveau d'études le plus élevé de l'autre parent de votre adolescent et vous-mêmes :

- Parent 1 : Études secondaires non complétées
- Diplôme d'études secondaires (DES)
 - Diplôme d'études professionnelles (DEP)
 - Diplôme d'études collégiales (DEC)
 - Études universitaires

- Parent 2 : Études secondaires non complétées
- Diplôme d'études secondaires (DES)

- Diplôme d'études professionnelles (DEP)
- Diplôme d'études collégiales (DEC)
- Études universitaires

5. Quel est votre occupation? _____

Habitudes de vie

6. Quel est votre nombre d'heures de sommeil par nuit approximativement?

Heures /nuit

7. Quelles activités physiques pratiquez- vous? À quelle fréquence les pratiquez-vous?
(soccer, hockey, boxe, natation, danse, marche, course à pied, exercices de conditionnement physique, yoga, etc.)

Activité physique	Fréquence	Durée

8. Quels sont vos loisirs ou passe-temps? À quelle fréquence les pratiquez-vous?

9. Êtes-vous impliqués socialement? Si oui, dans quelle organisation et à quelle fréquence
(ex : les Scouts, bénévolat, les Cadets, implication dans la communauté, conseil d'administration, etc.)?

10. Combien d'heures par semaine travaillez-vous? Heures / Semaine

11. Combien d'heures par jour êtes-vous sur un appareil électronique (téléphone cellulaire, tablette, TV, jeux vidéo)?

Jour de la semaine : Heures/ jour

Jour de la fin de semaine : Heures/ jour

Consommation d'alcool et de drogues

12. Au cours **des 12 derniers mois**, à quelle fréquence avez-vous consommé de l'**alcool**?

Je n'ai pas consommé d'alcool Moins d'une fois par mois (à l'occasion) Environ

1 fois/mois La fin de semaine ou 2 fois/semaine

3 fois/semaine ou plus mais pas tous les jours Tous les jours

13. Au cours **des 12 derniers mois**, à quelle fréquence avez-vous consommé de la **drogue**?

Jamais Juste une fois, pour essayer

Moins d'une fois par mois (à l'occasion) Environ 1 fois/mois

La fin de semaine ou 2 fois/semaine 3 fois/semaine ou plus mais pas tous les jours

Tous les jours

14. Au cours **des 30 derniers jours**, avez-vous consommé de l'alcool et/ou des drogues?

Alcool Drogue(s)

15. Au cours **des 12 derniers mois**, combien de fois avez-vous pris 5 consommations d'alcool ou plus dans une même occasion?

Jamais 1 fois 2 fois 3 fois 4 fois 5 à 10 fois

11 à 25 fois 26 fois ou plus

16. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous expérimenté ces situations **en lien avec votre consommation d'alcool ou de drogues**.

- Anxiété Tristesse Problèmes de concentration Difficultés au travail
Difficultés dans vos relations familiales Difficultés dans vos relations sociales
Difficultés dans votre relation de couple
Gestes délinquants sans être arrêté par la police
J'ai besoin de consommer plus qu'auparavant pour obtenir les mêmes effets
J'ai parlé de ma consommation d'alcool ou de drogues à un intervenant

Santé mentale

17. Les questions suivantes portent sur la façon dont vous vous êtes senti(e) au cours **des 30 derniers jours**. Pour chaque question, entourez le numéro de la réponse correspondant le mieux au nombre de fois où vous avez éprouvé ce sentiment (Kessler Psychological Distress scale K-8 Version française).

- 1= Tout le temps 2= La plupart du temps 3= Quelquefois
4= Rarement 5= Jamais

Au cours **des 30 dernier jours**, combien de fois avez-vous eu le sentiment

- m) d'être nerveux/nerveuse _____
n) d'être désespéré(e) _____
o) d'être agité(e) ou incapable de tenir en place _____
p) d'être tellement déprimé(e) que rien ne pouvait te remonter le moral _____
q) que tout te demandait un effort _____
r) de n'être bon(ne) à rien _____

18. Les questions précédentes portaient sur des sentiments que vous avez pu éprouver au cours des 30 derniers jours. Dans l'ensemble, au cours **des 30 derniers jours**, avez-vous éprouvé ces sentiments plus souvent ou moins souvent que d'habitude ? (Si vous n'éprouvez jamais ces sentiments, entourez « 4 ».)

a) Plus souvent que d'habitude :

1. Beaucoup plus souvent 2. Plutôt plus souvent 3. Un peu plus souvent

b) Aussi souvent que d'habitude :

4. Aussi souvent que d'habitude

c) Moins souvent que d'habitude :

5. Un peu moins souvent 6. Plutôt moins souvent 7. Beaucoup moins souvent

Les questions 19 à 22 portent sur les conséquences que ces sentiments ont pu avoir sur vous au cours des 30 derniers jours. Vous n'avez pas besoin d'y répondre si vous avez répondu « Jamais » aux 6 items de la question 17.

19. Au cours **des 30 derniers jours**, pendant combien de jours avez-vous été totalement incapable de travailler ou d'accomplir vos activités habituelles en raison de ces sentiments?

_____ Nombre de jours

20. Sans compter les jours indiqués dans la réponse à la question précédente, pendant combien de jours au cours **des 30 derniers jours**, n'avez-vous pu faire que la moitié, voire moins, des choses que vous auriez normalement été capable de faire si vous n'aviez pas éprouvé ces sentiments ?

_____ Nombre de jours

21. Au cours **des 30 derniers jours**, combien de fois, avez-vous consulté un médecin ou un autre professionnel de santé à propos de ces sentiments ?

_____ Nombre de fois

22. Au cours **des 30 derniers jours**, est-il arrivé que ces sentiments soient principalement provoqués par des problèmes de santé physique ?

1. Tout le temps ____ 2. La plupart du temps ____ 3. Quelquefois ____ 4. Rarement ____

5. Jamais _____

23. Au cours **des 30 derniers jours**, est-ce qu'il vous est arrivé d'avoir des idées noires ou des idées suicidaires ?

1. Jamais 2. 1fois 3. 1fois/semaine ou moins
4. 2-3 fois/semaine ou plus mais pas tous les jours 5. Tous les jours

24. Est-ce qu'un médecin ou un spécialiste de la santé a émis de nouveaux diagnostics de problèmes de santé mentale pour vous-mêmes depuis septembre 2020? Si oui, lequel ou lesquels?

25. Est-ce qu'il y a eu des changements des médicaments prescrits pour ces problèmes de santé mentale? Si oui, lequel ou lesquels? Et depuis combien de temps?

26. Est-ce qu'un médecin ou un spécialiste de la santé a émis de nouveaux diagnostics de problèmes de santé mentale pour l'autre parent de votre adolescent participant depuis septembre 2020? Si oui, lequel ou lesquels?

27. Est-ce qu'un médecin ou un spécialiste de la santé a émis de nouveaux diagnostics de problèmes de santé mentale pour votre adolescent participant depuis septembre 2020? Si oui, lequel ou lesquels?

28. Pour votre adolescent, est-ce qu'il y a eu des changements des médicaments prescrits pour ses problèmes de santé mentale? Si oui, lequel ou lesquels? Et depuis combien de temps?

Relations sociales et familiales

29. Écrivez les chiffres correspondant à la réponse pour chacune des sections.

Tableau 1. L'Échelle de provisions sociales

L'Échelle de provisions sociales

Nous vous demandons de répondre le plus honnêtement possible au questionnaire suivant ; il s'agit d'évaluer votre niveau d'accord ou de désaccord avec chacun des énoncés. Vous inscrivez sur l'espace adjacent le chiffre qui correspond à votre niveau d'accord. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses ; lorsque vous y répondrez, essayez de penser aux personnes qui vous entourent.

Fortement en désaccord	En désaccord	D'accord	Fortement en accord
1	2	3	4

1. Il y a des personnes sur qui je peux compter pour m'aider en cas de réel besoin.
2. J'ai l'impression que je n'ai aucune relation intime avec les autres.
3. Je n'ai personne à qui m'adresser pour m'orienter en période de stress.
4. Il y a des personnes qui nécessitent mon aide.
5. Il y a des personnes qui prennent plaisir aux mêmes activités sociales que moi.
6. Les autres ne me considèrent pas compétent.
7. Je me sens personnellement responsable du bien-être d'une autre personne.
8. J'ai l'impression de faire partie d'un groupe de personnes qui partagent mes attitudes et mes croyances.

1. ____ 2. ____ 3. ____ 4. ____ 5. ____ 6. ____ 7. ____ 8. ____

1= Fortement en désaccord

2= En désaccord

3= D'accord

4= Fortement en accord

9. Je ne crois pas que les autres aient de la considération pour mes aptitudes et habiletés.
 10. Si quelque chose allait mal, personne ne viendrait à mon aide.
 11. J'ai des personnes proches de moi qui me procurent un sentiment de sécurité affective et de bien-être.
 12. Il y a quelqu'un avec qui je pourrais discuter de décisions importantes qui concernent ma vie.
 13. J'ai des relations où sont reconnus ma compétence et mon savoir-faire.
 14. Il n'y a personne qui partagent mes intérêts et mes préoccupations.
 15. Il n'y a personne qui se fie réellement sur moi pour son bien-être.
 16. Il y a une personne fiable à qui je pourrais faire appel pour me conseiller si j'avais des problèmes.
 17. Je ressens un lien affectif fort avec au moins une autre personne.
 18. Il n'y a personne sur qui je peux compter pour de l'aide si je suis réellement dans le besoin.
 19. Il n'y a personne avec qui je me sens à l'aise pour parler de mes problèmes.
 20. Il y a des gens qui admirent mes talents et habiletés.
 21. Il me manque une relation d'intimité avec quelqu'un.
 22. Personne n'aime faire les mêmes activités que moi.
 23. Il y a des gens sur qui je peux compter en cas d'urgence.
 24. Plus personne ne nécessite mes soins ou mon attention désormais.
-

9. ____ 10. ____ 11. ____ 12. ____ 13. ____ 14. ____ 15. ____ 16. ____

17. ____ 18. ____ 19. ____ 20. ____ 21. ____ 22. ____ 23. ____ 24. ____

Référence : Caron, J. (1996). L'Échelle de provisions sociales : une validation québécoise. Santé mentale au Québec, 21 (2), 158–180.

30. Quelle est votre préférence pour la durée des rencontres de groupe par Zoom?

1 rencontre = 1 heure 1 rencontre = 2 heures

31. Quelle est votre préférence pour la fréquence des rencontres de groupe par Zoom?

2 fois par semaine pendant 7 semaines (1 rencontre= 1 heure)

1 fois par semaine pendant 14 semaines (1 rencontre = 1 heure)

1 fois par semaine pendant 7 semaines (1 rencontre = 2 heures)

32. Choisissez les 3 thèmes que vous avez préférés.

Théorie biosociale (facteurs biologiques, facteurs sociaux)

- Accepter/ changer
- Pleine conscience
- Les 3 états d'esprit (esprit rationnel, esprit émotionnel, esprit sage)
- Validation (validation, auto-validation, invalidation)
- Renforcement (renforcement positif, renforcement négatif)
- Régulation des émotions (reconnaître les émotions, utilité des émotions, Iceberg des émotions)
- Régulation des émotions (stratégies de gestion des émotions, action opposée)
- Dialectique (deux idées opposées existent en même temps et peuvent être valables)
- Dilemmes dialectiques parents-adolescents
- DEAR (modèle de demande)
- PENSE (qu'est-ce qui est difficile pour les adolescents et pour les parents, qu'est-ce que les adolescents et les parents aiment entendre)

30. Choisissez les 3 thèmes que vous avez le moins aimés.

- Théorie biosociale (facteurs biologiques, facteurs sociaux)
- Accepter/ changer
- Pleine conscience
- Les 3 états d'esprit (esprit rationnel, esprit émotionnel, esprit sage)
- Validation (validation, auto-validation, invalidation)
- Renforcement (renforcement positif, renforcement négatif)
- Régulation des émotions (reconnaître les émotions, utilité des émotions, Iceberg des émotions)
- Régulation des émotions (stratégies de gestion des émotions, action opposée)
- Dialectique (deux idées opposées existent en même temps et peuvent être valables)
- Dilemmes dialectiques parents-adolescents
- DEAR (modèle de demande)
- PENSE (qu'est-ce qui est difficile pour les adolescents et pour les parents, qu'est-ce que les adolescents et les parents aiment entendre)

31. Est-ce que vous diriez que les rencontres de groupe vous ont été...

- très utiles
- utiles
- peu utiles
- pas utiles du tout

32. Comment décririez-vous votre participation à ce groupe (rencontres de groupe, dessins à faire chaque semaine)?

- J'ai beaucoup participé
- J'ai bien participé
- J'ai un peu participé
- J'ai très peu participé

33. Écrivez un commentaire sur ton expérience.

Annexe G Canevas entrevue semi-dirigée post-groupe adolescent

Questionnaire d'entrevue semi-dirigée post-groupe adolescent

Nom fictif :

Date :

1. Est-ce qu'il y a eu des changements depuis septembre 2020 sur les personnes habitant avec toi? (séparation des parents, arrivée d'un nouvel enfant, changements dans la garde des enfants)

2. Quand tu as un problème ou besoin d'aide, à qui en parles-tu? Trouves-tu que les rencontres t'ont aidé à te confier à ton parent participant? Comment?

3. Comment agis-tu lorsque tu es triste? Quels changements observes-tu dans la réaction de ton père/ ta mère lorsque tu es triste depuis votre participation aux rencontres de groupe? Donne-moi un exemple de situation.

4. Comment agis-tu lorsque tu es en colère? Comment ton père / ta mère agit-il lorsqu'il ou elle est en colère? Quels changements observes-tu depuis votre participation au groupe? Donne-moi un exemple de situation.

5. Lors de conflits avec ton père / ta mère, est-ce que ta perception de la situation est entendue? Quels changements observes-tu depuis votre participation au groupe lors de vos conflits (réactions, fréquence des conflits, intensité des conflits)? Donne-moi un exemple de situation.

6. Est-ce qu'il y a des moments où ton père / ta mère (parent participant) te dit que tu as bien agi ou qu'il ou elle est fier/fière de toi? Quels changements observes-tu depuis votre participation au groupe ? (fréquence, renforcement) Peux-tu me donner des exemples?

7. Lorsque tu as des demandes à faire à ton parent comment cela se passe-t-il? Réutilises-tu la stratégie du DEAR? Et ton parent? Peux-tu me donner un exemple?

8. Est-ce que tu trouves que ton père/ta mère te comprend mieux depuis votre participation aux rencontres de groupe? Comment vois-tu qu'il te comprend mieux?

9. Quels outils le groupe t'a-t-il fournis pour développer des bonnes stratégies pour faire face aux situations difficiles? Aux émotions difficiles? Peux-tu me donner un exemple?

10. Comment décrirais-tu ton humeur générale ces dernières semaines? Quels changements remarques-tu sur ton humeur depuis ta participation au groupe?

11. Comment se déroulaient les rencontres?

-Pour toi (participation, attention/concentration, compréhension des consignes)

-En dyade, dans la relation avec ton parent? (moments de plaisir, tensions, participation aux activités en dyade)

12. Qu'as-tu observé sur toi pendant les activités de pleine conscience?

13. Est-ce que tu réutilises ce que tu as appris dans le groupe? Si oui, peux-tu me donner des exemples? Quels sujets aurais-tu aimé que nous ajoutions?

14. Est-ce que ton parent réutilise ce qu'il a appris dans le groupe? Si oui, peux-tu me donner des exemples?

15. Lorsque ton parent et toi reparlez des rencontres de groupe, de quoi parliez-vous? (ce que vous avez appris, ce que vous avez vécu, les autres membres du groupe)

16. Quels changements observes-tu depuis ta participation au groupe dans ta relation avec ton père/ta mère? Est-ce que les rencontres ont aidé votre relation? Est-ce que les rencontres ont nui à votre relation? Selon toi, qu'est-ce qui a aidé ou qu'est-ce qui a nui?

17. Si tu avais à identifier ce qui t'a le plus aidé dans le groupe ce serait quoi?

18. Au début du groupe, quelles étaient tes attentes?

19. Si un ami voulait faire le groupe, est-ce que tu lui recommanderais de le faire? Pourquoi?

Annexe H Canevas entrevue semi-dirigée post-groupe parent

Questionnaire d'entrevue semi-dirigée post-groupe parent

Nom fictif :

Date :

1. Est-ce qu'il y a eu des changements depuis septembre 2020 sur les personnes habitant avec vous? (séparation, arrivée d'un nouvel enfant, changements de la garde des enfants)

2. Quand votre adolescent a un problème ou besoin d'aide, à qui en parle-t-il? Quels changements observez-vous depuis votre participation au groupe sur ces moments? Pouvez-vous me donner des exemples de situation?

3. Comment agissez-vous lorsque vous êtes triste? Comment votre adolescent agit-il lorsqu'il est triste? Quels changements observez-vous dans vos réactions lors de tristesse depuis votre participation au groupe? Pouvez-vous me donner des exemples de situation?

4. Comment agissez-vous lorsque vous êtes en colère? Comment votre adolescent agit-il lorsqu'il ou elle est en colère? Quels changements observez-vous depuis votre participation au groupe dans vos réactions lors de colère? Pouvez-vous me donner des exemples de situation?

5. Lors de conflits avec votre adolescent, est-ce que vos deux perceptions de la situation sont entendues? Quels changements observez-vous depuis votre participation au groupe lors de conflits? (fréquence des conflits, intensité des conflits) Pouvez-vous me donner des exemples de situation?

6. Lors que vous avez une demande à faire à votre adolescent comment cela se passe-t-il? Réutilisez-vous la stratégie du DEAR? Et pour votre adolescent? Pouvez-vous me donner des exemples de situation?

7. Quels sont les moments où vous exprimez une fierté ou une appréciation à votre adolescent? Quels changements remarquez-vous depuis votre participation au groupe sur ces moments? (fréquence, renforcement) Pouvez-vous me donner des exemples?

8. Avez-vous l'impression que les rencontres de groupe ont eu un effet sur votre compréhension de ce que votre adolescent vit? Pouvez-vous me donner des exemples?

9. Quels outils le groupe vous a-t-il fournis pour développer de bonnes stratégies pour faire face aux situations ou émotions difficiles? Pouvez-vous me donner des exemples? Quels outils le groupe a-t-il fournis à votre adolescent pour développer de bonnes stratégies pour faire face aux situations ou émotions difficiles? Pouvez-vous me donner des exemples?

10. Comment décririez-vous votre humeur générale ces dernières semaines? Comment décririez-vous l'humeur générale de votre adolescent? Quels changements observez-vous sur votre humeur et celle de votre adolescent depuis votre participation au groupe?

11. Comment se déroulaient les rencontres?

-Pour vous (participation, attention/concentration, compréhension des consignes)

-En dyade, dans la relation avec votre adolescent? (moments de plaisir, tensions, participation aux activités en dyade)

12. Qu'avez-vous observé sur vous pendant les activités de pleine conscience?
13. Est-ce que vous réutilisez ce que vous avez appris dans le groupe? Si oui, pouvez-vous me donner des exemples? Quels sujets auriez-vous aimé que nous ajoutions?
14. Est-ce que votre adolescent réutilise ce qu'il a appris dans le groupe? Si oui, pouvez-vous me donner des exemples?
15. Lorsque votre adolescent et vous reparliez des rencontres de groupe, de quoi parliez-vous? (ce que vous avez appris, ce que vous avez vécu, les autres membres du groupe)
16. Quels changements observez-vous depuis votre participation au groupe dans votre relation avec votre adolescent? Est-ce que les rencontres ont aidé votre relation? Est-ce que les rencontres ont nui à votre relation? Selon vous, qu'est-ce qui a aidé ou qu'est-ce qui a nui?
17. Si vous aviez à identifier ce qui vous a le plus aidé comme individu ce serait quoi? Si vous aviez à identifier ce qui a le plus aidé votre adolescent ce serait quoi?
18. Au début du groupe, quelles étaient vos attentes? Et maintenant?

Annexe I Structure des rencontres

Semaine	Rencontre du mardi	Rencontre du jeudi
1	Rencontre #1	Rencontre #2
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Accueil ○ Établissement des règles de fonctionnement ○ Introduction des principes de base de l'approche utilisée ○ Mot de la fin 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Activité de pleine conscience ○ Thématique ○ Pratique d'une habileté en grand groupe ou en dyade ○ Retour sur l'activité ○ Explication de l'exercice 1
2	Rencontre #3	Rencontre #4
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Activité de pleine conscience ○ Thématique ○ Pratique d'une habileté en grand groupe ou en dyade ○ Retour sur l'activité ○ Retour sur l'exercice 1 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Activité de pleine conscience ○ Thématique ○ Pratique d'une habileté en grand groupe ou en dyade ○ Retour sur l'activité ○ Explication de l'exercice 2
3	Rencontre #5	Rencontre #6
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Activité de pleine conscience ○ Thématique ○ Pratique d'une habileté en grand groupe ou en dyade ○ Retour sur l'activité ○ Retour sur l'exercice 2 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Activité de pleine conscience ○ Thématique ○ Pratique d'une habileté en grand groupe ou en dyade ○ Retour sur l'activité ○ Explication de l'exercice 3
4	Rencontre #7	Rencontre #8
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Activité de pleine conscience ○ Thématique ○ Pratique d'une habileté en grand groupe ou en dyade ○ Retour sur l'activité ○ Retour sur l'exercice 3 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Activité de pleine conscience ○ Thématique ○ Pratique d'une habileté en grand groupe ou en dyade ○ Retour sur l'activité ○ Explication de l'exercice 4
5	Rencontre #9	Rencontre #10
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Activité de pleine conscience ○ Thématique ○ Pratique d'une habileté en grand groupe ou en dyade ○ Retour sur l'activité ○ Retour sur l'exercice 4 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Activité de pleine conscience ○ Thématique ○ Pratique d'une habileté en grand groupe ou en dyade ○ Retour sur l'activité ○ Explication de l'exercice 5
6	Rencontre #11	Rencontre #12
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Activité de pleine conscience ○ Thématique ○ Pratique d'une habileté en grand groupe ou en dyade ○ Retour sur l'activité ○ Retour sur l'exercice 5 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Activité de pleine conscience ○ Thématique ○ Pratique d'une habileté en grand groupe ou en dyade ○ Retour sur l'activité ○ Explication de l'exercice 6
7	Rencontre #13	Rencontre #14
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Activité de pleine conscience ○ Thématique ○ Pratique d'une habileté en grand groupe ou en dyade ○ Retour sur l'activité ○ Retour sur l'exercice 6 ○ Explication exercice bilan 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Activité de pleine conscience ○ Résumé des stratégies apprises et identification des stratégies les plus aidantes ○ Retour sur l'exercice bilan ○ Impressions sur l'intervention de groupe ○ Mot de la fin

Annexe J Activités de pleine conscience initiales et modifiées

Rencontre	Version originale	Modifications
2	Tenir un cube de glace dans la main et porter attention aux sensations physiques, aux pensées et émotions	Boire en pleine conscience en portant attention avec les 5 sens
3	Mouvement répétitif de s'asseoir sur une chaise et se relever en portant attention aux sensations physiques et à ses pensées	Observation de son environnement (pièce, éclairage, niveau de confort sur la chaise)
4	Écouter différentes musiques et identifier le nombre de pensées survenues et exploration des émotions ressenties selon les différentes musiques	Écouter différentes musiques en portant attention sur ses sensations physiques ressenties
5	Tenir en équilibre sur une jambe, faire la position de l'arbre, faire des mouvements de bras en tenant cette position et en portant attention aux sensations physiques et aux pensées	En dyade, les participants se lancent une balle et un mouchoir par la suite. Observation de la synergie entre eux.
6	Animateurs et participants changent quelque chose sur eux et les autres participants doivent deviner le changement effectué.	Animateurs et participants changent quelque chose sur eux et les autres participants doivent deviner le changement effectué.
7	Visualisation guidée avec les 5 sens de la préparation d'un fruit et de la première bouchée prise dans ce fruit.	Tenir un cube de glace dans la main et porter attention aux sensations physiques, aux pensées et émotions
8	Observation de son image à travers la plateforme Zoom et observation de ses impulsions de bouger ou de changer ainsi que de ses pensées sans poser d'actions	Faire du jogging sur place ou respirer rapide et ensuite, respiration profonde guidée en portant attention sur les sensations physiques.
9	Montrer un objet pendant un court délai et les participants doivent par la suite, écrire une description de l'objet. Comparaison entre les différentes perceptions des participants.	Montrer un objet pendant un court délai et les participants doivent par la suite, écrire une description de l'objet. Comparaison entre les différentes perceptions des participants.
10	Tenir en équilibre sur une jambe, changer de jambe et faire des mouvements en bras tout en tenant en équilibre sur une jambe et en portant attention à ses sensations physiques et ses pensées.	Mouvement répétitif de s'asseoir sur une chaise et se relever en portant attention à ses pensées.
11	Construction d'un château de cartes et observation de ses pensées, ses émotions et sensations physiques lorsque les cartes tombent.	Construction d'un château de cartes et observation de ses pensées, ses émotions et sensations physiques lorsque les cartes tombent.
12	En dyade, les participants se lancent une balle et un mouchoir par la suite. Observation de la synergie entre eux.	Visualisation guidée avec les 5 sens d'un souvenir positif.
13	Respiration profonde guidée en explorant sa respiration, son corps et ses pensées.	Respiration profonde guidée en explorant sa respiration, son corps et ses pensées.
14	Boire en pleine conscience en portant attention avec les cinq sens	Observer un objet préféré de son choix avec les cinq sens.

Annexe K Formulaire d'information et de consentement

Formulaire d'information et de consentement

Titre du projet de recherche :	Le juste milieu Groupe parents-adolescents.
Chercheur responsable du projet de recherche :	Annie Devault, Ph. D., professeure titulaire et directrice du module au Département de travail social à l'UQO campus Gatineau.
Étudiante à la maîtrise en travail social :	Daphnée Julien, travailleuse sociale.
Membre du personnel de recherche :	[REDACTED]
Établissement participant :	[REDACTED]

1. Introduction

Nous vous invitons, vous et votre enfant, à participer à un projet de recherche. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au chercheur responsable de ce projet ou à un membre de son personnel de recherche et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

2. Nature et objectifs du projet de recherche

Nous avons observé lors de suivis auprès d'adolescents ayant des problèmes de santé mentale certaines difficultés communes à cette clientèle soit des difficultés de régulation des émotions et des difficultés dans leurs relations sociales. Ces difficultés peuvent aussi être présentes chez leurs parents.

Pour soutenir les familles face à ces difficultés, nous avons développé une intervention de groupe parents-adolescents. Le contenu des rencontres s'inspire de la thérapie comportementale dialectique.

Plusieurs études scientifiques ont démontré l'efficacité de cette thérapie auprès d'adultes et d'adolescents ayant des problèmes de santé mentale particulièrement des difficultés de régulation des émotions. C'est-à-dire des adolescents ayant des difficultés à contrôler leurs émotions et comportements. Une meilleure régulation des émotions permet de vivre des émotions sans nécessairement qu'elles entraînent des comportements destructeurs tels que l'automutilation, crise, idées suicidaires, consommation de drogue ou d'alcool, etc.

Nous souhaitons explorer si vous trouvez que cette intervention a des effets bénéfiques sur vos relations sociales et familiales ainsi que sur votre santé mentale. Ce groupe vise à améliorer les habiletés de régulation des émotions, les habiletés de pleine conscience et les habiletés sociales. Dans ce projet de recherche, les activités visant l'acquisition d'habiletés sont des activités simples,

⁵ Les sections noires de ce formulaire visent à protéger la confidentialité des participants puisque ces sections comportent des données qui pourraient faciliter l'identification des participants.

reliées à des situations de la vie quotidienne et souvent amusantes.

Compte tenu de la nouvelle réalité des familles en contexte de pandémie, les interventions se feront de façon virtuelle pour assurer la sécurité sanitaire de tous.

Les objectifs de ce projet de recherche sont les suivants :

1. Élargir l'offre de services ciblant la relation parent-adolescent afin de mieux répondre aux besoins de cette population.
2. Explorer la perception des participants des effets de l'intervention de groupe d'orientation comportementale dialectique sur certains facteurs de protection favorisant la santé mentale des adolescents et des parents tels que la présence de soutien social, des relations parents-adolescents harmonieuses et un bon engagement parental.
3. Explorer la perception des participants des effets de l'intervention de groupe sur leur santé mentale.
4. Obtenir les impressions des participants concernant l'animation et le contenu des rencontres et l'intervention de groupe en ligne.

Pour la réalisation de ce projet de recherche, nous comptons recruter de 10 à 12 participants, hommes et femmes, parents âgés de 18 ans et plus ainsi que des adolescents âgés de 13 à 17 ans pour un total de 5-6 parents et de 5-6 adolescents. Notez que les parents ne peuvent pas alterner leur présence au cours des rencontres.

3. Déroulement du projet de recherche

3.1 Lieu de réalisation du projet de recherche, durée et nombre de visites

Ce projet de recherche se fera par l'application de vidéoconférence Zoom. Vous participerez à ce projet de votre résidence ou d'un lieu de votre choix.

Votre participation consistera à être présent à 14 rencontres de groupe parent-adolescent sur une période d'environ 5 mois. Les rencontres de groupe seront d'une durée d'environ une heure à une fréquence de 2 fois par semaine. À noter que les rencontres de groupe seront enregistrées par l'application de vidéoconférence Zoom pour nous permettre de mieux analyser les données et de perfectionner les services offerts.

De plus, le parent et l'adolescent feront chacun 2 entrevues individuelles d'une durée approximative de 90 minutes. L'une des entrevues aura lieu avant les rencontres de groupe et l'autre quelques semaines après la dernière rencontre de groupe. À noter que les deux entrevues individuelles seront enregistrées par l'application de vidéoconférence Zoom pour nous permettre de mieux analyser les données.

3.2 Nature de votre participation

Ce projet de recherche se déroulera en 3 étapes.

3.2.1 Première étape – Questionnaire et entrevue individuelle.

Votre participation à ce projet de recherche consistera à :

- 1) Remplir un questionnaire et le renvoyer par courriel à l'équipe de recherche. Ce court questionnaire pré-groupe recueillera les informations suivantes : des données sur vos conditions sociodémographiques (sexe, âge, niveau d'étude, situation familiale), votre état de santé physique et mentale passé et présent, vos habitudes de vie (sommeil, alimentation, horaire de travail, exercice physique, temps passé sur les appareils électroniques, consommation de drogue ou d'alcool), vos loisirs ainsi que vos implications et vos relations sociales. Ce questionnaire doit être remis avant l'entrevue individuelle.
- 2) Participer avant le début des rencontres de groupe à une entrevue individuelle. Lors de cette

entrevue, nous aborderons les sujets suivants : votre santé mentale, vos relations familiales et vos relations sociales. Cette entrevue se déroulera en septembre 2020.

3.2.2 Deuxième étape – Intervention de groupe.

Votre participation à ce projet de recherche consistera à :

- 1) Participer à une rencontre de groupe 2 fois par semaine pendant 7 semaines d'une durée d'une heure de 18h30 à 19h30 du 29 septembre au 12 novembre 2020.

Le contenu des rencontres abordera la pleine conscience, la régulation des émotions ainsi que les relations sociales et familiales.

Les premières rencontres serviront à se connaître, à établir ensemble des règles de groupe, à aborder les principes de l'approche d'orientation comportementale dialectique et à introduire une première thématique.

Les activités de pleine conscience peuvent être effectuées en groupe de parent-adolescent uniquement ou en grand groupe. Lorsque ces activités sont parent-adolescent uniquement, chaque famille est mise dans une salle virtuelle de l'application de vidéoconférence Zoom. Vous ne pourrez pas être vus ou entendus par les autres participants protégeant ainsi la confidentialité des propos tenus. Les animateurs pourront cependant se joindre à votre salle afin de vous observer ou d'interagir.

- 2) En-dehors des rencontres de groupe, un exercice par semaine sera proposé concernant les thèmes abordés durant la semaine. Les explications pour les exercices proposés ou pour le matériel requis seront envoyées par courriel. Le matériel requis ne sera pas complexe. Par exemple, nous pouvons vous demander d'avoir un breuvage de votre choix, une balle et un mouchoir.

À la dernière rencontre, nous ferons un retour sur le dernier exercice proposé et nous réviserons les habiletés apprises au cours de l'intervention de groupe.

- 3) De plus, lors de la dernière rencontre, nous discuterons de votre appréciation générale de ce groupe. Cette discussion vise à connaître les stratégies que vous jugez les plus aidantes comme adolescent et comme parent. De plus, elle vise aussi à identifier les points forts et les points à améliorer au niveau du contenu des rencontres, de la présentation des thématiques ainsi que de l'intervention de groupe en ligne afin de permettre le perfectionnement des interventions de groupe futures.

3.2.2 Troisième étape – Questionnaire et entrevue individuelle

Votre participation à ce projet de recherche consistera à :

- 1) Remplir un questionnaire post-groupe et le renvoyer par courriel à l'équipe de recherche. Ce questionnaire recueillera les mêmes données que celui du départ afin de pouvoir documenter l'évolution des familles.
- 2) Participer à une entrevue individuelle quelques semaines après la fin de l'intervention de groupe en décembre 2020. Cette entrevue sera semblable à la première en plus de recueillir votre perception des effets possibles de votre participation à ce projet sur vos relations familiales et sociales ainsi que votre santé mentale.

4. Avantages associés au projet de recherche

Il se peut que vous retiriez un bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche, mais nous ne pouvons vous l'assurer. Par ailleurs, les résultats obtenus contribueront à l'avancement des connaissances scientifiques dans ce domaine de recherche.

5. Inconvénients associés au projet de recherche

Outre le temps consacré à la participation à ce projet de recherche, vous pourriez également vivre certaines émotions difficiles lors de thématiques plus sensibles pour vous ainsi que de la fatigue. Puisqu'il s'agit d'une modalité d'intervention de groupe, il est possible que vous partagiez vos difficultés devant le groupe. Il demeure toutefois possible que d'autres membres de la famille du domicile des participants puissent entendre ce que vous dites lors de l'intervention de groupe via l'application Zoom.

6. Participation volontaire et possibilité de retrait

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en informant l'équipe de recherche.

Votre décision de ne pas participer à ce projet de recherche ou de vous en retirer n'aura aucune conséquence sur la qualité des soins et des services auxquels vous avez droit ou sur votre relation avec les équipes qui les dispensent.

Le chercheur responsable de ce projet de recherche et le Comité central d'éthique de la recherche du ministre de la Santé et des Services sociaux peuvent mettre fin à votre participation, sans votre consentement. Cela peut se produire si de nouvelles découvertes ou informations indiquent que votre participation au projet n'est plus dans votre intérêt, si vous ne respectez pas les consignes du projet de recherche ou encore s'il existe des raisons administratives d'abandonner le projet.

Si vous vous retirez du projet ou êtes retirés du projet l'information et le matériel déjà recueillis dans le cadre de ce projet seront néanmoins conservés, analysés ou utilisés pour assurer l'intégrité du projet.

Toute nouvelle connaissance acquise durant le déroulement du projet qui pourrait avoir un impact sur votre décision de continuer à participer à ce projet vous sera communiquée rapidement.

7. Confidentialité

Durant votre participation à ce projet, le chercheur responsable ainsi que les membres de son personnel de recherche recueilleront, dans un dossier de recherche, les renseignements vous concernant et nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de ce projet de recherche.

Ces renseignements peuvent comprendre les informations contenues dans votre dossier du CISSS [REDACTED] concernant votre état de santé physique et mentale passé et présent, vos habitudes de vie ainsi que les notes prises lors des rencontres individuelles et de groupe au cours de votre participation au projet de recherche. Votre dossier peut aussi comprendre des données sociodémographiques tels que votre sexe, votre âge, votre niveau d'étude et votre situation familiale.

Tous les renseignements recueillis demeureront confidentiels dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité de ces renseignements, vous ne serez identifié que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par le chercheur responsable de ce projet de recherche.

Ces données de recherche seront conservées pendant au moins 5 ans par le chercheur responsable de ce projet de recherche. Ensuite, toutes les données incluant les transcriptions d'entrevues et les données électroniques seront détruites.

Les données de recherche pourront être publiées ou faire l'objet de discussions scientifiques, mais il ne sera pas possible de vous identifier.

À des fins de surveillance, de contrôle, de protection, de sécurité, votre dossier de recherche pourra être consulté par une personne mandatée par des organismes réglementaires ainsi que par

des représentants de l'établissement ou du Comité central d'éthique de la recherche du ministre de la Santé et des Services sociaux. Ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

Vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis et les faire rectifier au besoin.

8. Compensation

Vous ne recevrez pas de compensation financière pour votre participation à ce projet de recherche. Toutefois, trois cartes-cadeaux seront tirées au sort parmi les participants qui auront :

- 1) Remis les questionnaires complétés;
- 2) Complété les entrevues individuelles avant et après l'intervention de groupe et
- 3) Assisté à au moins 12 rencontres de groupe.

9. En cas de préjudice

Si vous deviez subir quelque préjudice que ce soit dû à votre participation au projet de recherche, vous recevrez tous les soins et services requis par votre état de santé.

En acceptant de participer à ce projet de recherche, vous ne renoncez à aucun de vos droits et vous ne libérez pas le chercheur responsable de ce projet de recherche, l'Université du Québec en Outaouais (UQO) et l'établissement de leur responsabilité civile et professionnelle.

10. Identification des personnes-ressources

Si vous avez des questions ou éprouvez des problèmes en lien avec le projet de recherche ou si vous souhaitez vous en retirer, vous pouvez communiquer avec le chercheur responsable de ce projet de recherche ou avec une personne de l'équipe de recherche aux numéros suivants 819 595.3900, poste 2642, Annie Devault Ph. D., chercheur principal et au [REDACTED], poste [REDACTED], Daphnée Julien, étudiante à la maîtrise en travail social.

Pour toute question concernant vos droits en tant que participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec le commissaire aux plaintes et à la qualité des services du CISSS [REDACTED] sans frais ou [REDACTED], poste [REDACTED] ou [REDACTED], poste [REDACTED].

11. Surveillance des aspects éthiques du projet de recherche

Le Comité central d'éthique de la recherche du ministre de la Santé et des Services sociaux a approuvé le projet de recherche et en assurera le suivi. Pour toute information, vous pouvez communiquer avec madame Johane de Champlain, vice-présidente, au (514) 873.2114.

Consentement.

**Titre du projet de Le juste milieu Groupe parents-adolescents.
recherche :**

1. Consentement du participant parent

J'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement. On m'a expliqué le projet de recherche et le présent formulaire d'information et de consentement. On a répondu à mes questions et on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision. Après réflexion, je consens à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées.

Nom et signature du participant

Date

2. Consentement du représentant pour la participation du mineur

En ma qualité de représentant de mon enfant, j'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement. On m'a expliqué le projet de recherche et le présent formulaire d'information et de consentement. On a répondu à mes questions et on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision. Après réflexion, je consens à ce que mon enfant participe à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées.

J'autorise l'équipe de recherche à avoir accès à son dossier du CISSS [REDACTED].

J'autorise le chercheur responsable de ce projet de recherche ou son équipe à informer de ma participation à ce projet et à transmettre toute information pertinente au professionnel référant :

Oui

Non

Nom et coordonnées du professionnel référant

Nom de l'enfant mineur

a) Assentiment écrit de l'enfant capable de signer son nom et capable de comprendre la nature du projet.

Assentiment écrit de l'enfant

b) Nom et signature du représentant à savoir soit le parent soit le tuteur.

Nom du représentant à savoir soit le parent soit le tuteur

Signature du représentant à savoir soit le parent soit le tuteur

Date

3. Signature de la personne qui a obtenu le consentement si différent du chercheur responsable du projet de recherche

J'ai expliqué au participant le projet de recherche et le présent formulaire d'information et de consentement et j'ai répondu aux questions qu'il m'a posées.

Nom et signature de la personne qui obtient le consentement

Date

4. Signature et engagement du chercheur responsable de ce projet de recherche

Je certifie qu'on a expliqué au participant le présent formulaire d'information et de consentement, que l'on a répondu aux questions qu'il avait.

Je certifie que l'on a expliqué à l'enfant dans un langage adapté à son discernement le projet de recherche, qu'il a compris et qu'il ne s'est pas opposé. Je m'engage à respecter tout refus.

Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre une copie signée et datée au participant.
