

**Université du Québec en Outaouais**

**Étude qualitative décrivant les pratiques centrées sur la famille ainsi que les obstacles et les solutions possibles à leur utilisation du point de vue des intervenants psychosociaux œuvrant auprès d'adultes ayant un trouble mental**

Essai doctoral  
Présenté au  
Département de psychoéducation et de psychologie

Comme exigence partielle du doctorat en psychologie,  
Profil psychologie clinique (D.Psy.)

Par  
© Sandra LANDRY

Octobre 2023

## **Composition du jury**

**Étude qualitative décrivant les pratiques centrées sur la famille ainsi que les obstacles et les solutions possibles à leur utilisation du point de vue des intervenants psychosociaux œuvrant auprès d'adultes ayant un trouble mental**

Par  
Sandra Landry

Cet essai doctoral a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Line LeBlanc, Ph. D., co-directrice de recherche, Département de psychologie et de psychoéducation, Université du Québec en Outaouais.

Geneviève Piché, Ph. D., co-directrice de recherche, Département de psychologie et de psychoéducation, Université du Québec en Outaouais.

Marie-Ève Clément, Ph.D., examinatrice interne et présidente du jury, Département de psychologie et de psychoéducation, Université du Québec en Outaouais.

Aude Villatte, Ph. D., examinatrice interne, Département de psychologie et de psychoéducation, Université du Québec en Outaouais.

Carl Lacharité, Ph. D., examinateur externe, Département de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivière.

## REMERCIEMENTS

La réalisation de mon doctorat fut un parcours laborieux et je dirais même difficile du début à la fin. Je suis sincèrement heureuse de m'être dépassée dans l'accomplissement de ce projet. Plusieurs personnes m'ont soutenue lors de mes études doctorales.

Tout d'abord, j'aimerais remercier les membres de mon comité d'essai doctoral pour leurs avis d'expert ainsi que les participants sans qui le projet de recherche n'aurait pas pu avoir lieu. Un sincère merci à ma co-directrice de recherche Line LeBlanc, Ph.D pour ton implication au sein du projet, de ta disponibilité, du soutien constant que tu m'as offert. Je t'en serai toujours reconnaissante. Merci également à ma co-directrice Geneviève Piché, Ph.D pour la rétroaction fournie.

Je tiens à remercier mes superviseurs de stages et d'internats, dont entre autres Marie-Élaine Belhumeur, Ph.D, pour leur implication en lien avec ma formation clinique. Merci à mes collègues de la clinique de psychologie Mirabel pour les bons moments passés et leur encouragement plus particulièrement à la fin de mon parcours académique. Merci à mon amie Alexa, ma collègue d'internat, avec qui j'ai pu partager mon vécu à travers ce long parcours. Merci à mes amis, collègues du baccalauréat et du doctorat pour leur soutien, leur écoute et pour les bons moments passés tout au long de mes études, sans vous mes études auraient été très ennuyantes. La plus grande reconnaissance à mes parents, Christine et Guy d'avoir cru en moi et de m'avoir soutenue à réaliser mes rêves, et ce même dans les moments difficiles. Je remercie mon conjoint Guillaume d'avoir été mon complice, lors de ces dernières années, et d'avoir été là pour moi quand j'en avais besoin. Finalement, je remercie tous mes amis et les membres de ma famille qui ont été présents et m'ont aidée à tenir le coup jusqu'à la fin.

## RÉSUMÉ

D'après une enquête canadienne, il y a environ 12% des enfants qui ont un parent aux prises avec un trouble mental (Bassani et al., 2009). Ceux-ci peuvent subir plusieurs conséquences liées au trouble mental de leur parent et de ce fait constituer un groupe plus à risque de développer eux-mêmes un trouble mental (Reupert et al., 2022). Il s'agit du phénomène de la transmission intergénérationnelle des troubles mentaux. Depuis une dizaine d'années, les auteurs suggèrent, pour mieux répondre aux besoins des enfants et des familles, d'adopter une approche centrée sur la famille (ACF), incluant une gamme de pratiques centrées sur la famille (PCF) d'intensité variée. Plusieurs obstacles et solutions possibles liés à l'utilisation des PCF ont été recensés comme un manque de formation et de connaissances liées à l'intervention auprès des familles (Maybery et Reupert, 2009). L'objectif général de la présente étude est de documenter l'utilisation des PCF chez les professionnels de la région de l'Outaouais qui suivent des parents ayant un trouble mental. Le premier objectif spécifique est de rendre compte des pratiques de professionnels dans leurs suivis de clients ayant des enfants âgés entre 0 et 25 ans. Le deuxième objectif spécifique est de dresser un portrait des obstacles liés à l'utilisation des PCF, du point de vue des professionnels interrogés, tout en repérant les pistes de solution pour favoriser l'utilisation des PCF. L'approche qualitative descriptive a été utilisée pour répondre à ces objectifs de recherche. Des entrevues semi-structurées ont été menées auprès de 6 intervenants provenant de différents milieux (CISSS, clinique privée et organisme communautaire) de la région de l'Outaouais. La procédure proposée par Miles et ses collègues (2014) a été utilisée pour effectuer la collecte de données, l'analyse, la présentation des données. La méthode de codage du matériel provenant des entretiens a été réalisée à partir de deux cadres de référence, le premier étant la pyramide des soins familiaux (Mottaghipour et Bickerton, 2005) présentant les niveaux d'intervention de l'ACF et les pratiques recommandées (PCF) et le deuxième étant la pyramide des obstacles à l'implantation des PCF et des solutions possibles (Maybery et Reupert, 2009). Les résultats indiquent que les répondants appliquent certaines PCF comme l'évaluation des dangers imminents ou des situations à risque, l'évaluation de l'impact du trouble mental du parent sur les membres de sa famille, la transmission de l'information pertinente aux membres de la famille, le soutien apporté à leurs clients dans leur rôle parental et à la communication de même que le référencement vers des services appropriés aux besoins des membres de la famille. Plusieurs obstacles et solutions possibles liés à l'utilisation de ces pratiques ressortent de l'analyse qualitative comme par exemple, le manque de ressources et d'accessibilité à celles-ci, le manque de connaissances et de compétences pour utiliser les PCF et la collaboration des clients et des membres de leur famille. La présente étude met en lumière qu'avec plus de mesures de soutien à l'intention des intervenants œuvrant en santé mentale adulte, les PCF seraient davantage utilisées pour le bénéfice de toute la famille.

**Mots-clés :** Approche centrée sur la famille (ACF); pratiques centrées sur la famille (PCF); obstacles; solutions possibles; parentalité; trouble mental; famille

## TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	III
RÉSUMÉ.....	IV
LISTE DES FIGURES.....	VIII
LISTE DES TABLEAUX .....	VII
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	IX
CHAPITRE 1	
INTRODUCTION GÉNÉRALE.....	10
1.1 Problématique et cadres théoriques .....	13
1.1.1 Transmission intergénérationnelle des troubles mentaux.....	15
1.1.2 L’approche centrée sur la famille et les pratiques centrées sur la famille.....	16
1.1.3 État des lieux concernant l’utilisation des PCF dans le monde.....	20
1.1.4 Recension des écrits des obstacles et solutions possibles à l’utilisation des PCF....	22
CHAPITRE 2	
2.1 OBJECTIFS DE L’ÉTUDE.....	31
2.2 MÉTHODOLOGIE.....	31
2.2.1 Déroulement de l’étude et recrutement .....	32
2.2.2 Participants.....	34
2.2.3 Entrevues semi-structurées.....	37
2.2.4 Analyses des données qualitatives.....	38
CHAPITRE 3	
3.1 RÉSULTATS.....	39
3.1.1 Niveau 1 : Connexion et évaluation de la famille.....	39
3.1.1.1 L’évaluation des dangers imminents ou des situations à risque et de la sécurité des enfants et des parents.....	40
3.1.1.2 L’évaluation de l’impact du trouble mental du parent sur les membres de sa famille.....	42
3.1.2 Niveau 2 : Éducation générale.....	43
3.1.3 Niveau 3 : Éducation psychologique.....	44
3.1.3.1 Les pratiques de soutien à la parentalité.....	44
3.1.3.2 Soutenir les membres de la famille à communiquer.....	45
3.1.4 Niveau 4 et 5 : Consultation et interventions familiales.....	46
3.2 Les obstacles et les solutions possibles .....	49
3.2.1 Les obstacles liés au niveau organisationnel.....	49
3.2.1.1 Le contexte d’intervention et le mandat de l’établissement.....	50
3.2.1.2 La collaboration intersectorielle et interprofessionnelle.....	51
3.2.1.3 Les ressources et l’accessibilité pour entreprendre les PCF.....	53
3.2.2 Les obstacles liés aux professionnels.....	54
3.2.2.1 Les connaissances et compétences acquises.....	55
3.2.2.2 L’attitude des intervenants à entreprendre les PCF .....	55
3.2.2.3 Craintes de briser l’alliance thérapeutique.....	57
3.2.3 Les obstacles liés aux clients.....	58
3.2.3.1 La sévérité des symptômes du client .....	58
3.2.3.2 La collaboration du client .....	59

3.2.3.3 La capacité d'engagement.....	60
3.2.4 Les obstacles liés aux enfants et aux autres membres de la famille.....	61
3.2.4.1 La collaboration des membres de la famille.....	61
CHAPITRE 4	
4.1 DISCUSSION.....	62
4.1.1 Objectif 1 : Rendre compte des pratiques professionnelles des répondants.....	63
4.1.2 Objectif 2 : Dresser un portrait des obstacles et des solutions possibles liés à l'utilisation des PCF.....	67
4.2 FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE.....	70
4.3 PISTES FUTURES.....	72
4.4 CONCLUSION.....	73
RÉFÉRENCES.....	75
ANNEXE A.....	91
ANNEXE B.....	93

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. <i>Informations démographiques auto rapportées</i> .....	35
---	----

## LISTE DES FIGURES

Figure 1. <i>Pyramide des soins familiaux (Mottaghipour et Bickerton, 2005)</i> .....	17
Figure 2. <i>Pyramide des obstacles à l'implantation des PCF et des solutions possibles (Maybery et Reupert, 2009)</i> .....	23
Figure 3. <i>Principaux constats de l'analyse de la description des PCF</i> .....	49
Figure 4. <i>Les obstacles à l'utilisation des PCF et analyse comparative</i> .....	62



## LISTE DES ABRÉVIATIONS

ACF	Approche centrée sur la famille
CISSSO	Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais
FFMHPQ	Family-Focused Mental Health Practice Questionnaire
PCF	Pratiques centrées sur la famille
UQO	Université du Québec en Outaouais

## Introduction générale

La prévalence moyenne des troubles mentaux diagnostiqués au Canada chez les personnes âgées de 15 ans et plus, en 2012, était de 9.59 % (Palay et al., 2019). Des différences interprovinciales significatives liées aux taux de prévalence moyenne des troubles mentaux ont été dénotées (Palay et al., 2019). En effet, le Manitoba présente la prévalence moyenne la plus élevée (13.6%) et le Québec (8.5%) ainsi que l'Île-du-Prince-Édouard (7.7%) exposent les taux les plus faibles (Palay et al., 2019). Les résultats d'une autre étude révèlent que parmi la population québécoise, il y a 865 255 adultes qui ont consulté l'urgence aux prises d'un trouble mental, en 2014 et 2015, ce qui représente 12% de la population québécoise (Fleury et al., 2018). Le trouble mental est défini par *l'Association américaine de psychiatrie* comme étant :

Un syndrome caractérisé par une perturbation cliniquement significative de la cognition d'un individu, de sa régulation émotionnelle ou de son comportement, et qui reflète l'existence d'un dysfonctionnement dans les processus psychologiques, biologiques ou développementaux sous-tendant le fonctionnement mental. Les troubles mentaux sont le plus souvent associés à une détresse ou une altération importante des activités sociales, professionnelles ou des autres domaines importants du fonctionnement (American Psychiatric Association, 2015, p. 22).

Selon l'étude de Palay et al. (2019), les troubles mentaux les plus fréquents dans la population canadienne sont le trouble dépressif majeur (4.72%), le trouble d'anxiété généralisée (2.57%) et le trouble d'abus de substance (alcool) (2.22%) (Palay et al., 2019). En ce sens, *l'Association américaine de psychiatrie* soutient que les troubles mentaux les plus fréquents dans la population générale sont les troubles de l'humeur, les troubles anxieux ainsi que les troubles psychotiques (American Psychiatric Association, 2015).

L'intervention auprès des personnes aux prises avec des troubles mentaux est importante puisque les symptômes affectent leur capacité à fonctionner de manière optimale dans leur vie quotidienne et entraînent une détresse psychologique (American Psychiatric Association, 2015).

Par exemple, les personnes atteintes d'un trouble dépressif ou d'un trouble anxieux peuvent vivre différents symptômes tels qu'une perturbation au niveau du sommeil, des difficultés de concentration, de l'irritabilité, de la fatigue et une diminution marquée de l'intérêt pour l'accomplissement des activités quotidiennes (American Psychiatric Association, 2015). De ce fait, les symptômes des troubles mentaux peuvent entraîner plusieurs impacts au niveau physique, social, professionnel, économique, relationnel et même familial (Agence de la santé publique du Canada, 2015). D'abord, les symptômes des troubles mentaux peuvent affecter la capacité des individus à interagir avec leurs proches (Gladstone et al., 2015). À titre d'exemple, les couples dans lesquels un des conjoints a un trouble mental sont plus susceptibles de divorcer (Butterworth et Rodgers, 2008) et les familles, dont un des parents est déprimé, sont plus à risque d'être exposées à des conflits familiaux et conjugaux (Cumming et al., 2005; Gladstone et al., 2015).

Aussi, ces symptômes peuvent avoir des conséquences sur la santé physique des individus. D'après les résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (2012), les individus aux prises avec un trouble mental auraient plus de risque de percevoir leur santé physique comme étant mauvaise que les personnes sans trouble mental (Institut de la statistique du Québec, 2015). De même, les personnes souffrant d'un trouble mental ont significativement plus de risques d'avoir un problème de santé chronique, des douleurs limitant leurs activités quotidiennes et des douleurs légères que celles n'en ayant pas (Institut de la statistique du Québec, 2015). Parallèlement, l'Institut National de Santé Publique du Québec souligne que les personnes ayant un trouble mental ont une espérance de vie significativement moins élevée, de 5 ans pour les femmes et 8 ans pour les hommes, comparativement à ceux ayant une bonne santé mentale (l'Institut National de Santé Publique du Québec, 2012).

Les troubles mentaux sont aussi associés à une diminution significative de la qualité de vie et à plusieurs incapacités (Knoll et MacLennan, 2017 ; Norton et al., 2014) pouvant mener à

l'absentéisme et à une baisse de la productivité (Dewa, 2017). De surcroît, les individus atteints d'un ou de plusieurs troubles mentaux ont significativement plus de risque d'avoir des relations difficiles avec leur employeur (Nicolas et al., 2017). Ainsi, les personnes ayant un trouble mental auraient un plus grand risque d'être au chômage et d'éprouver des difficultés à effectuer de manière optimale les tâches relatives à un emploi comparativement aux personnes ayant une bonne santé mentale (Helgesson et al., 2018).

Les répercussions physiques et économiques associées aux troubles mentaux génèrent des coûts non négligeables. Au Canada, en 2012, les coûts directs et indirects liés aux troubles mentaux auraient été approximativement de 60 milliards de dollars ce qui correspondait à 3,4 % du produit intérieur brut canadien (Peachey et al., 2013). Il est estimé que le fardeau économique mondial relatif aux troubles mentaux pourrait s'élever jusqu'à six mille milliards de dollars, d'ici 2030 (Bloom et al., 2011).

De plus, le contexte pandémique de la Covid-19 a eu un impact considérable sur la santé mentale de la population québécoise (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2022). En effet, les mesures de distanciation sociale ont augmenté les facteurs de risque liés au mal-être comme l'isolement social, la perte d'emploi et les tensions familiales (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2022). Également, lors de cette période, les personnes atteintes de symptômes ou de troubles mentaux ont pu voir une aggravation de leur symptomatologie (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2022). Il importe donc de proposer des interventions efficaces aux personnes présentant un ou des troubles mentaux sans négliger l'orientation familiale des interventions à privilégier lorsque ces personnes ont des enfants.

## 1.1 Problématique et cadres théoriques

Selon une enquête canadienne, approximativement 12% des enfants vivent avec un parent atteint d'un trouble mental (Bassani et al., 2009). À cet égard, une étude récente réalisée par Clément, Piché et Villatte (2022) révèle qu'il y aurait entre 5% à 15% des parents canadiens vivant avec un enfant âgé de moins de 18 ans qui aurait des symptômes dépressifs. Ce pourcentage varierait selon le sexe du parent ainsi que de l'âge de l'enfant (Clément, Piché et Villatte (2022)). Par ailleurs, une recension des écrits menée par Maybery et Reupert (2018) indique que la prévalence des parents atteints d'un trouble mental varie entre 12,2% et 45% en fonction de la méthodologie et de la population ciblée par les différentes études. Cela signifie qu'un nombre important d'enfants se retrouvent à vivre avec un parent souffrant d'un trouble mental, ce qui peut avoir une incidence sur la parentalité.

Selon Lacharité et ses collègues (2015), le concept de parentalité peut être considéré sur la base de trois axes interdépendants : l'expérience parentale, la pratique parentale et la responsabilité parentale. L'expérience parentale comprend les émotions et les pensées qu'a une personne lorsqu'elle joue son rôle de parent auprès d'un enfant (Lacharité et al., 2015). La pratique parentale fait référence à l'aspect comportemental de la parentalité, c'est-à-dire aux décisions prises et aux gestes qui sont posés dans le quotidien d'un parent lorsqu'il prend soin de son enfant (Lacharité et al., 2015). La pratique parentale comprend les formes d'engagement du parent dans ses interactions avec son enfant (p.ex., la sensibilité parentale et la proximité parentale), la disponibilité physique et psychologique du parent envers l'enfant (p.ex., la mise en place de routine quotidienne et offrir un environnement sécuritaire à l'enfant) et les actions indirectes posées par le parent pour organiser la vie de l'enfant (p.,ex. conciliation de l'horaire de travail et prendre un rendez-vous médical) (Lacharité et al., 2015). Puis, la responsabilité parentale est l'ensemble de droits et des devoirs d'un parent (Lacharité et al., 2015).

Les symptômes relatifs à un trouble mental de l'un ou des parents peuvent entraîner des répercussions dans leur famille de différentes manières (Boily et al., 2006; Reupert et al., 2015). D'une part, les symptômes des troubles mentaux peuvent venir influencer la pratique parentale en affectant la qualité des soins prodigués à leur enfant (Boily et al., 2006; Boily et al., 2016). Par exemple, un parent ayant un trouble dépressif serait moins disponible émotionnellement, c'est-à-dire qu'il pourrait avoir moins d'énergie pour répondre aux besoins fondamentaux de son enfant (p.ex., sécurité, affection) en plus de laisser de côté les besoins jugés secondaires comme la participation à des activités éducatives (Boily et al., 2016) ou encore un parent anxieux pourrait avoir tendance à surprotéger son enfant et contrôler son environnement par crainte qu'un malheur lui arrive (Aktar et al., 2017). Un autre exemple serait une mère atteinte de schizophrénie et ayant de la difficulté à identifier et à reconnaître les émotions ainsi que des difficultés à maintenir le contact visuel ce qui impacterait négativement ses interactions avec son enfant (Nadeau-Marcotte et Boily, 2021). Selon ces auteurs, la pratique parentale des parents atteints d'un trouble mental peut être affectée temporairement lorsque leurs symptômes sont plus intensément présents (Boily et al., 2016). En effet, les parents aux prises avec un trouble mental sont plus à risque d'être minimalement impliqués auprès de leurs enfants, de moins les surveiller, d'être hostiles envers eux et même de les rejeter (Beardslee et al., 2011). De ce fait, ces enfants vulnérables sont plus susceptibles de vivre différentes conséquences liées au trouble mental de leurs parents, notamment la maltraitance, la négligence, être dans une famille monoparentale, vivre de la pauvreté comparativement à ceux ayant des parents sans troubles mentaux (Beardslee et al., 2011).

D'autre part, des études empiriques ont indiqué que les enfants de parents aux prises avec un trouble mental ont un plus grand risque de développer eux-mêmes une psychopathologie

(Dean et al., 2010; Gregersen et al., 2022; Thorup et al., 2018; van Santvoort et al., 2015; Weissman et al., 2016). Effectivement, ces derniers sont plus susceptibles de développer différents troubles mentaux, comparativement à ceux ayant des parents sans troubles mentaux (Gregersen et al., 2022; Katz et al., 2013; Thorup et al., 2018; Piché et al., 2011a; Piché et al., 2011b; van Santvoort et al., 2015). Ils sont également plus à risque d'avoir des problèmes de comportements et de régulation émotionnelle que les enfants ayant des parents en bonne santé mentale (Nicholson et al., 2009 ; van Santvoort et al., 2015). En résumé, ces enfants vulnérables sont plus enclins à être touchés par le phénomène de la transmission intergénérationnelle des troubles mentaux (Reupert et al., 2022).

### **1.1.1 Transmission intergénérationnelle des troubles mentaux**

La transmission intergénérationnelle des troubles mentaux est un phénomène complexe (Piché et al., 2008). Le modèle développemental de la transmission intergénérationnelle de la psychopathologie a été développé afin de guider l'utilisation d'interventions préventives et la création de politiques publiques aux Pays-Bas visant précisément le processus de transmission intergénérationnelle des troubles mentaux (Hosman et al., 2009). Ce modèle met en évidence l'existence de facteurs de risque augmentant les probabilités qu'un enfant de parent ayant un trouble mental développe lui-même une psychopathologie et de facteurs de protection minimisant la probabilité que cet enfant vulnérable en développe une (Hosman et al., 2009).

Dans ce modèle théorique, les différents facteurs de risque sont rattachés à plusieurs systèmes (c.à.d., enfant, parent, famille, réseau social et communauté) et il existe des interactions multiples entre ceux-ci et les systèmes, et ce à travers les divers stades développementaux de l'enfant. (Hosman et al., 2009). En effet, plusieurs caractéristiques de l'enfant (p.ex., son tempérament et son type d'attachement), des parents (p.ex., les caractéristiques de leur trouble

mental et leur capacité à prendre soin de l'enfant), du contexte familial (p.ex., la présence ou non de conflits familiaux et de difficultés financières) et du contexte social (p.ex., présence ou non d'un réseau social) pourraient agir en tant que facteurs de risque ou de protection. Selon Hosman et al., (2009), plus un enfant cumule de facteurs de risque, plus son fonctionnement est affecté, ce qui pourrait avoir pour conséquence le développement d'un trouble mental. À l'inverse, la présence de facteurs de protection chez l'enfant pourrait venir amoindrir les effets néfastes du trouble mental d'un parent (Hosman et al., 2009). Il est donc important que les personnes qui interviennent auprès d'adultes présentant un trouble mental tentent de prévenir les conséquences potentiellement néfastes de celui-ci sur le développement de leur enfant en adoptant une approche et des pratiques centrées sur la famille.

### **1.1.2 L'approche centrée sur la famille et les pratiques centrées sur la famille**

Depuis une dizaine d'années, les chercheurs dans le domaine recommandent de prévenir le processus de transmission intergénérationnelle des troubles mentaux en utilisant des interventions préventives visant à augmenter les capacités de résilience de ces enfants vulnérables en ciblant les facteurs de risque et en misant sur les facteurs de protection (Reupert et al., 2022). Des études ont mis en évidence qu'il s'avère possible d'agir sur plusieurs de ces facteurs (p.ex., le soutien social offert par les amis, la famille et les professeurs, les capacités de résolution de problèmes des enfants, les soins offerts par l'autre parent, de bonnes habiletés parentales et détenir de l'information à propos du trouble mental de son parent) afin de réduire le risque de la transmission intergénérationnelle des troubles mentaux (Hosman et al., 2009; Lannes et al., 2021; Sigenthaler et al., 2012). Pour ce faire, l'utilisation d'une approche centrée sur la famille (ACF) ou de pratiques centrées sur la famille (PCF) est suggérée dans les services en santé mentale.

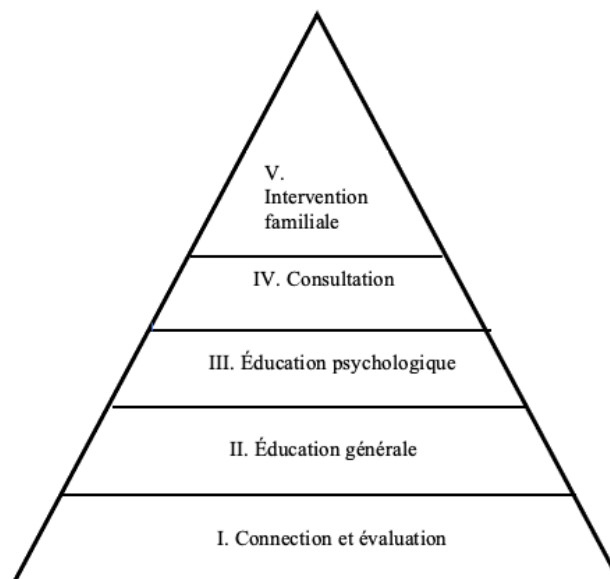


L'ACF, qui regroupe une gamme de pratiques de soutien d'intensité variée nommées PCF, se distingue particulièrement par l'inclusion :

des familles, des membres de leur entourage ainsi que les intervenants du champ de la santé mentale et leurs partenaires, dans le but commun de soutenir le bien-être et la résilience des jeunes vivant avec un parent ayant un trouble mental, à la maison, à l'école et dans la communauté (Piché, Vilatte et Habib, 2021, p.316).

La pyramide des soins familiaux (Mottaghipour et Bickerton, 2005) présente un cadre de référence à propos des différentes PCF. Celui-ci se démarque par son contenu et sa structure puisqu'il présente à intensité variable les interventions préventives ciblant les différents besoins des familles. Il sera utilisé dans cette étude comme modèle théorique. La pyramide des soins familiaux présente cinq niveaux de soins à préconiser à différents moments du suivi selon les besoins de la famille. Voici ci-dessous la figure 1 présentant la pyramide des soins familiaux.

Figure 1. *Pyramide des soins familiaux (Mottaghipour et Bickerton, 2005)*



Selon Mottaghypour et Bickerton (2005), tous les membres de la famille devraient être ciblés par les interventions préventives. Cinq niveaux de soins sont illustrés dans la pyramide des soins familiaux, dont le premier niveau intitulé *connection et évaluation* qui consiste à la création de l'alliance de travail auprès de la famille en normalisant le vécu émotif des membres de la famille et en identifiant leurs besoins. Les auteurs mentionnent qu'à ce niveau il est important d'établir des objectifs, de discuter des avantages à réaliser des interventions de soutien en fonction des besoins de la famille et d'aborder les services offerts à la famille. Il est aussi suggéré d'élaborer un plan d'action en cas de situations de crise avec la famille. En ce qui concerne le premier niveau de la pyramide des soins familiaux, une évaluation de l'historique du trouble mental du parent en plus de son impact sur les autres membres de la famille est recommandée. Plus précisément, l'évaluation des faiblesses, des forces et des besoins de la famille est réalisée à ce stade.

Au deuxième niveau de la pyramide des soins familiaux nommé *Éducation générale*, il est suggéré de transmettre de l'information pertinente en lien avec les besoins des membres de la famille identifiés au niveau 1 (p.ex., les services offerts par les différents organismes ou services de la région, le trouble mental du parent, son traitement, les impacts du trouble mental sur les enfants et la famille, les lois sur la santé mentale, les droits des usagers et de leur famille) (Mottaghypour et Bickerton, 2005).

Puis, en ce qui a trait au troisième niveau intitulé *Éducation psychologique*, de l'éducation psychologique concernant les stratégies d'adaptation qui pourraient être utilisées afin de gérer les différents défis relatifs à l'impact du trouble mental du parent sur sa famille pourrait être offerte par les professionnels (Mottaghypour et Bickerton, 2005). En effet, selon les auteurs à ce niveau, les intervenants considèrent le rôle de parent du client et lui offrent du soutien par rapport à ce

rôle. Également, ils pourraient soutenir les différents membres de la famille à communiquer leurs besoins les uns aux autres .

Au quatrième niveau de la pyramide des soins familiaux nommé *Consultation*, une réévaluation des besoins de tous les membres est réalisée (Mottaghipour et Bickerton, 2005). Effectivement, il est conseillé de s'attarder à l'appréciation de la famille à l'égard des services offerts et de soutenir les parents dans leur parentalité (Goodyear et al., 2015). À ce niveau, le professionnel peut aller chercher de la supervision afin de mieux répondre aux besoins de la famille ou créer un partenariat avec d'autres ressources afin de favoriser l'empowerment de la famille et miser sur les forces de celle-ci.

Enfin, les auteurs soutiennent qu'au cinquième niveau appelé *Interventions familiales*, si les membres de la famille en ont besoin, il serait possible de les référer à un professionnel spécialisé afin qu'ils puissent bénéficier d'interventions familiales, c'est-à-dire d'entreprendre un travail thérapeutique visant la dynamique familiale et relationnelle (Mottaghipour et Bickerton, 2005).

Plus récemment, d'autres chercheurs ont élaboré des lignes directrices concernant les pratiques de soutien à apporter aux parents utilisateurs de services en santé mentale et à leurs enfants, rejoignant de près les interventions proposées par Mottaghipour et Bickerton (Foster et al., 2019). En effet, Foster et ses collègues (2019) proposent le modèle EASE mettant en lumière 4 aspects importants lors de la réalisation de PCF : la création de l'alliance de travail auprès de la famille, l'évaluation des besoins de la famille, le soutien offert à la famille, et l'éducation psychologique.

En résumé, il est possible d'agir sur le processus de transmission intergénérationnelle des troubles mentaux en préconisant l'ACF et les PCF qui en découlent. Ainsi, il s'avère primordial de contribuer au développement de cette approche et de faciliter l'adoption des PCF sur le terrain.

Depuis quelques années, cette perspective d'intervention a fait l'objet d'études évaluatives relatives à son implantation .

### **1.1.3 État des lieux concernant l'utilisation des PCF dans le monde**

L'utilisation des PCF est en émergence et différente selon les pays (Falkov et al., 2016). L'ACF et les PCF qui en découlent ont été particulièrement développés dans certains pays qui se distinguent par leur souci de soutenir les parents atteints d'un trouble mental ainsi que leurs familles et de coordonner les différents services offerts à la famille (Falkov et al., 2016 ). En effet, la Norvège, les Pays-Bas, l'Australie et la Finlande, se distinguent, d'une part, par leur cadre légal (Piché et al., 2021; Reedtz et al., 2012). Afin de faciliter l'utilisation des PCF, une loi a été adoptée visant l'obligation des professionnels œuvrant auprès d'adultes aux prises d'un trouble mental d'identifier s'ils ont des enfants, d'informer les enfants que leur parent sont aux prises avec un trouble mental et de les référer à des services répondant à leurs besoins (Falkov et al., 2016; Reedtz et al., 2012 ; Tchernegovski et al., 2017). D'autre part, l'accessibilité à des programmes à visée préventive est offerte dans les services publics (Falkov et al., 2016). Une recension des écrits menée par Piché et ses collègues (2021) des interventions préventives souligne qu'il existe plusieurs programmes d'intervention s'adressant aux jeunes ayant un parent aux prises avec un trouble mental (11 études recensées), la famille (10 études identifiées) et ciblant précisément les parents atteints d'un trouble mental (3 études répertoriées) à travers le monde. Les différents programmes d'interventions sont offerts sous différentes formes (p.ex., individuel, groupe, familial, film) et ils sont d'intensité variée (allant de 1 à 12 rencontres) (Piché et al., 2021). Les programmes d'interventions préventives proposent principalement de l'éducation psychologique sur les troubles mentaux et les impacts que cela entraîne au quotidien ainsi que l'importance d'obtenir du soutien social, le développement de stratégies d'adaptation

des enfants et d'interventions facilitant la communication entre les différents membres de la famille (Piché et al., 2021). En effet, ils s'avèrent efficaces pour diminuer les symptômes émotionnels des enfants (Piché et al., 2021; Sigenthaler et al., 2012).

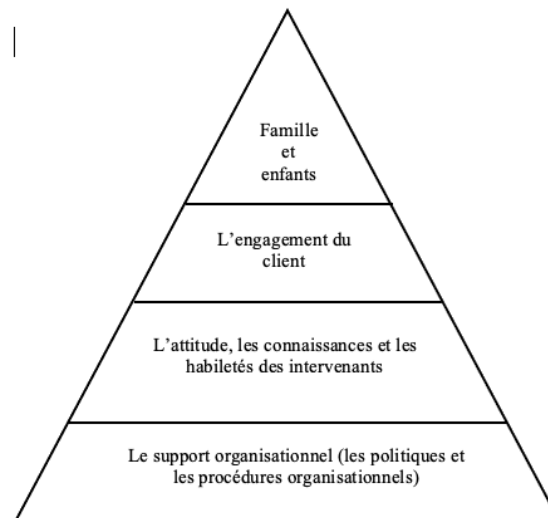
Au Québec, un plan d'action en santé mentale a été déposé par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec afin de répondre aux besoins de la population (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2022). L'un des principes directeurs de ce plan d'action est de baser les services offerts en santé mentale sur une approche axée sur le rétablissement, en prenant en considération l'importance du contexte familial et social de la personne recevant des services (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2022). En effet, cette approche vise à soutenir les personnes à reprendre le pouvoir sur leur vie, donc de valoriser leurs forces qu'il y ait présence ou non des symptômes de trouble mental, et en tenant compte des différentes sphères de leur vie comme entre autres, leur contexte familial et socioprofessionnel (Maybery et Reupert, 2018; Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec 2022, Piché et al., 2021). Ainsi, d'après cette approche, il est important de considérer le rôle parental des clients usagers dans le processus de rétablissement individuel et de répondre aux besoins des enfants de ces usagers (Reupert et al., 2022; Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2022; Piché et al., 2021). En fait, il est intéressant de noter que les fondements de l'approche axée sur le rétablissement sont construits avec les bases de l'ACF (Maybery et Reupert, 2018). Ceci étant dit, l'inclusion des membres dans le traitement s'avère également efficace afin de prévenir la rechute des symptômes chez certains clients aux prises avec un trouble mental grave (Pitscher-Walz et al., 2001). Ainsi, les PCF sont mises de l'avant par le gouvernement du Québec dans le plan d'action en santé mentale sans toutefois référer à des programmes spécifiques. Il est à noter qu'il y a également un intérêt pour les stratégies préventives visant les enfants de parents aux prises avec un trouble mental dans le milieu communautaire (Belleau, 2020; Desrosiers et al., 2019; Ounis et Kurdi, 2013;

Piché et al., 2019). Or, même si le gouvernement du Québec souligne l'importance de soutenir les familles dont un parent est atteint d'un trouble mental, l'accessibilité à des interventions efficaces est difficile et celles-ci sont peu développées et peu étudiées (Piché et al., 2021).

#### **1.1.4 Recension des écrits des obstacles et solutions possibles à l'utilisation des PCF**

Bien que les PCF soient des interventions prometteuses, l'utilisation d'une ACF, en priorisant l'identification des enfants de parents atteints de trouble mental afin de les référer et de les diriger vers des interventions préventives, s'avère être un défi assez important dans plusieurs pays du monde même si cela est fortement recommandé (Falkov et al. 2016; Lannes et al., 2021; Reupert et al., 2022). Plusieurs obstacles interférant avec l'utilisation de PCF ont été recensés dans la littérature scientifique. À cet égard, les travaux de Maybery et Reupert (2009) sont intéressants puisqu'ils ont élaboré une pyramide des obstacles liés à l'utilisation des PCF et des solutions possibles dans l'optique de soutenir et de diriger l'utilisation de ces pratiques. Ainsi, ce modèle proposé par Maybery et Reupert (2009) présente les difficultés liées à l'utilisation des PCF. Voici ci-dessous la figure 2 présentant la pyramide des obstacles à l'implantation des PCF et des solutions possibles.

Figure 2. *Pyramide des obstacles à l'implantation des PCF et des solutions possibles (Maybery et Reupert, 2009) (traduit par Sandra Landry)*



Il est à noter que malgré le fait que le modèle proposé par Maybery et Reupert (2009) aborde à la fois les obstacles et les pistes de solution, les articles consultés portent davantage sur les obstacles à l'utilisation de l'ACF. Pour ce qui est du premier niveau de la pyramide des obstacles à l'utilisation des PCF se rapportant au soutien offert par les organisations, le manque de lignes directrices et de politiques publiques claires en lien avec le dépistage des familles vulnérables est un obstacle soulevé dans plusieurs études (Eassom et al., 2014; Korhonen et al., 2007; Lauritzen et Reedtz, 2016; Maybery et Reupert, 2009; Reupert et al., 2015; Reupert et al., 2017; Tungpunkom et al., 2017; Van doesum et Hosman, 2009). À cela s'ajoute, le manque de professionnels qualifiés, de temps dû à une surcharge au niveau du nombre de clients à suivre, de financement, de supervision, de formation disponible pour les intervenants, de programmes préventifs accessibles aux enfants de parents atteints d'un trouble mental, de ressources spécialisées pour répondre aux besoins des familles, de transport et de milieux confortables pour

recevoir les familles rendant difficiles l'utilisation des PCF (Eassom et al., 2014; Korhonen et al., 2007; Lauritzen et al., 2014; Lauritzen et Reedtz, 2016; Maybery et Reupert, 2006; Maybery et Reupert, 2009; Reupert et al., 2015; Reupert et al., 2017; Shah-Anwar et al., 2019; Tchernegovski et al., 2017; Tungpunkom et al., 2017; Van doesum et Hosman, 2009; Van doesum et al., 2016; Ward et al., 2017).

Il est également reconnu qu'une culture organisationnelle orientée vers le traitement individuel des adultes présentant un trouble mental et une attitude plus fermée de la direction envers l'utilisation de l'ACF sont des obstacles organisationnels pouvant compromettre son utilisation (Eassom et al., 2014; Korhonen et al., 2007; Maybery et Reupert, 2006; Maybery et Reupert, 2009; Shah-Anwar et al., 2019). À l'inverse, une culture organisationnelle qui soutient le travail auprès des familles favorise l'utilisation des PCF (Eassom et al., 2014). Aussi, des difficultés au niveau des liaisons entre les différents services (enfants versus adultes) causés par un manque de précision quant aux responsabilités de chacun envers les enfants des parents aux prises avec un trouble mental s'avèrent être un obstacle à l'utilisation des PCF (Eassom et al., 2014; Lauritzen et Reedtz, 2016; Maybery et Reupert, 2006; Maybery et Reupert, 2009; Van doesum et Hosman, 2009). Plus précisément, il est souligné par certains intervenants interrogés la difficulté à collaborer avec les services de la protection à l'enfance qui n'offrent pas de manière optimale de soutien, de disponibilités et de procédures à suivre en cas de signalement (Tchernegovski et al., 2017).

Le deuxième niveau de la pyramide à l'utilisation des PCF proposées par Maybery et Reupert (2009) est celui de l'attitude, des compétences et des connaissances des professionnels travaillant auprès des familles en difficulté. En effet, plusieurs obstacles recensés dans la littérature sont associés aux professionnels. Tout d'abord, des études soulignent un déficit au niveau des compétences et des connaissances en lien avec les PCF (Eassom et al., 2014;



Korhonen et al., 2007; Maybery et Reupert, 2006; Maybery et Reupert, 2009; Reupert et al., 2015; Van doesum et Hosman, 2009; Power et al., 2015). Plus spécifiquement, selon Laletas et ses collègues (2017), certains professionnels rapportent vivre de l'anxiété à entreprendre les PCF vu leur manque de connaissances et de compétences à entreprendre ces pratiques. Il est rapporté dans certaines études la difficulté des professionnels à évaluer l'impact du trouble mental du parent sur ses enfants ainsi que la compétence parentale des parents atteints d'un trouble mental (Maybery et Reupert, 2009). Parallèlement, des professionnels interrogés mentionnent que tout dépendamment de leur expertise (intervention auprès des adultes ou des enfants), qu'il peut être ardu pour ces derniers de travailler auprès des familles, car cela sort de leurs champs d'expertise (Maybery et Reupert, 2006). Pour contrer ces défis, une solution possible à l'utilisation des PCF est justement l'offre de formation et de supervision associée à ces pratiques (Eassom et al., 2014).

Plusieurs études quantitatives réalisées à partir de la complétion du questionnaire «Family-Focused Mental Health Practice Questionnaire » se sont intéressées à la différence selon les professions en ce qui a trait à l'utilisation des PCF (Maybery et al., 2014; Skogøy et al., 2019; Tungpunkom et al., 2017; Yao et al., 2021). En effet, les résultats de quelques études soulignent que les travailleurs sociaux sont plus enclins à utiliser les PCF que d'autres professionnels (p.ex., les infirmiers spécialisés en psychiatrie, psychologues, médecins) (Maybery et al., 2014; Piché et al., 2023; Skogøy et al., 2019; Tungpunkom et al., 2017). Dans la même optique, les travailleurs sociaux se perçoivent plus compétents à utiliser les PCF que d'autres professionnels (p.ex., les infirmiers spécialisés en psychiatrie, psychologues, médecins) (Maybery et al., 2014; Skogøy et al., 2019; Tungpunkom et al., 2017). À l'inverse, l'étude menée par Yao et ses collègues (2021) auprès de 515 professionnels qui ont complété le questionnaire nommé «Family-Focused Mental Health Practice Questionnaire » afin d'évaluer leur perception quant à leurs habiletés, leurs connaissances et leur efficacité personnelle en lien avec les PCF. Cette étude ne démontrait pas

de différences significatives liées à l'attitude, aux compétences et aux connaissances à l'utilisation des PCF selon les professions (Yao et al., 2021).

Des connaissances limitées à propos des services de protection à l'enfance et des services où référer les familles ainsi qu'un manque de connaissances en lien avec le trouble mental sont aussi considérés par certains intervenants questionnés comme des obstacles à l'utilisation des PCF (Latelas et al., 2018; Maybery et Reupert, 2006). De même, l'attitude des intervenants face à la délimitation de leurs responsabilités et de leur rôle est considérée comme un obstacle à l'utilisation des PCF (Lauritzen et Reedtz, 2016; Maybery et Reupert, 2006; Maybery et Reupert, 2009; Reupert et al., 2015; Shah-Anwar et al., 2019). Par exemple, des intervenants travaillant auprès des adultes pourraient avoir la croyance que ce n'est pas leur responsabilité d'intervenir auprès des enfants et de la famille de leurs clients ou que leur client ne voudra pas collaborer (Lauritzen et Reedtz, 2016; Maybery et Reupert, 2009; Reupert et al., 2015; Shah-Anwar et al., 2019). Plus récemment, une revue systématique de la littérature a été réalisée par Gregg et ses collègues (2021) dans l'optique d'identifier les obstacles relatifs à l'utilisation des PCF. Ces auteurs ont identifié 19 articles portant sur le sujet, dont 10 quantitatifs et 9 qualitatifs. Les résultats de cette recension appuient le modèle de la pyramide à l'utilisation des PCF proposées par Maybery et Reupert (2009), c'est-à-dire qu'il y a plusieurs obstacles à l'utilisation de l'ACF dont ceux relatifs au soutien offert par les organisations ainsi qu'à l'attitude, les compétences et les connaissances des professionnels travaillant auprès des familles. Cette étude met particulièrement en lumière le rôle crucial joué par l'attitude et les croyances relatives à leurs responsabilités et à leur rôle face aux familles de leur client en lien avec l'adoption d'une ACF. Il est rapporté que le travail que les intervenants doivent faire auprès des familles en difficulté est particulièrement éprouvant émotionnellement ce qui fait en sorte qu'ils ont moins enclins à prioriser l'utilisation de l'ACF (Shah-Anwar et al., 2019).

Un autre obstacle à l'utilisation des PCF qui est abordé par Van doesum et Hosman (2009) est les difficultés des intervenants à référer vers des services plus appropriés pour leur client et leur famille (Korhonen et al., 2007; Van doesum et Hosman, 2009). Également, certaines craintes interférant avec l'adoption de l'ACF sont nommées par les intervenants comme celle de briser l'alliance thérapeutique, de tenir involontairement des propos insinuant de faibles habiletés parentales ou de gérer maladroitement des discussions délicates concernant l'impact du trouble mental d'un parent sur son enfant (Maybery et Reupert, 2006; Maybery et Reupert, 2009; Power et al., 2015; Tchernegovski et al., 2017). Aussi, certains problèmes avec l'utilisation des PCF sont rapportés dans la littérature au niveau de la confidentialité dont les professionnels doivent faire preuve à propos de leurs clients (Maybery et Reupert, 2009; Ward et al., 2017). Enfin, les intervenants peuvent se retrouver face à des questionnements éthiques en lien avec l'utilisation des PCF (Power et al., 2015). Par exemple, il peut arriver que les parents ou les familles consultent un professionnel pour d'autres raisons que le traitement du trouble mental d'un parent et que ce dernier ne réalise pas être atteint d'un trouble mental, alors il devient plus difficile pour les intervenants d'aborder les besoins possibles de leurs enfants dans le contexte du trouble mental (Power et al., 2015). De ce fait, il s'avère être un défi pour les intervenants de choisir ce qui sera fait lors des rencontres avec les familles ou les clients (Power et al., 2015).

Le troisième niveau de la pyramide des obstacles à l'utilisation des PCF proposées par Maybery et Reupert (2009) est celui en lien avec l'engagement des parents par rapport à l'ACF. Plusieurs explications du manque d'engagement des parents sont relevées dans la littérature scientifique comme le stigma social vécu par les familles ayant un parent souffrant d'un trouble mental, la honte et la culpabilité vécues par cette dernière ainsi que les différences de langage (Reupert et al., 2015; Van doesum et Hosman, 2009; Van doesum et al., 2016; Ward et al., 2017). De même, selon des intervenants interrogés, la souffrance trop intense d'un parent en difficulté

pourrait faire en sorte qu'il serait temporairement inapproprié de cibler les besoins de ses enfants et de sa famille (Maybery et Reupert, 2009). Un obstacle à l'utilisation des PCF également discuté est le fait que les parents ne connaissent et ne comprennent pas toujours l'impact de leur trouble mental sur leurs enfants ainsi que le cycle de la transmission intergénérationnelle des troubles mentaux (Maybery et Reupert, 2009; Van doesum et al., 2016). Aussi, il est rapporté par des intervenants que la peur des parents de se faire retirer leurs enfants par les services de la protection de la jeunesse peut entraîner de la méfiance et une faible collaboration à une ACF (Maybery et Reupert, 2009; Tchernegovski et al., 2017). Finalement, un autre obstacle rapporté par des professionnels par rapport à l'engagement des parents aux PCF est le fait que ces derniers ne sont pas prêts à intégrer leur famille à leur processus de traitement (Maybery et Reupert, 2009).

En ce qui concerne le quatrième niveau de la hiérarchie des obstacles à l'utilisation des PCF proposé par Maybery et Reupert (2009), il s'agit de l'engagement des enfants des parents atteints d'un trouble mental ainsi que des autres membres de la famille. D'abord, les membres de la famille incluant les enfants peuvent ne pas se sentir prêts à s'investir dans le traitement, avoir des problèmes de transport ou manquer de temps (Eassom et al., 2014; Maybery et Reupert, 2006; Maybery et Reupert, 2009; Van doesum et al., 2016; Power et al., 2015). Plus précisément, il est rapporté par des professionnels que certains enfants pourraient nier que leur parent est atteint d'un trouble mental et refuser de participer au suivi (Maybery et Reupert, 2006). De surcroît, il est rapporté dans quelques articles scientifiques que l'âge des enfants et leur stade développemental peuvent rendre difficile leur participation à des programmes d'éducation psychologique visant par exemple à expliquer les conséquences du trouble mental de leur parent ou aux rencontres familiales (Maybery et Reupert, 2009; Van doesum et Hosman, 2009).

En résumé, la majorité des articles consultés dans la littérature scientifique portant sur les obstacles et les solutions possibles à l'adoption de l'ACF concernent la perception des professionnels interrogés dans le cadre de ces études. En effet, la plupart des échantillons ont été composés de professionnels pratiquant en Australie et certains proviennent de la Norvège, des Pays-Bas, de la Finlande, des États-Unis et de l'Irlande.

Parmi les articles scientifiques consultés, ceux utilisant un devis quantitatif (n=18) ont été réalisés pour la majorité d'entre eux à partir de la complétion du questionnaire nommé «Family-Focused Mental Health Practice Questionnaire» (FFMHPQ Maybery, Goodyear et Reupert, 2012) ou une version abrégée (p.,ex. Reupert, Maybery et Morgan, 2015) ou adaptée à une autre langue (p.ex., Lauritzen et Reedtz, 2016). Ce questionnaire est utilisé afin d'évaluer la perception des professionnels quant à leurs habiletés, leurs connaissances et leur efficacité personnelle en accord avec l'adoption de l'ACF. Les items et sous-échelles du questionnaire initial ont été développés à la suite d'une recension des écrits effectuée par les auteurs Maybery et Reupert (2009) et les propriétés psychométriques de cet outil sont bonnes. En ce qui a trait aux études qualitatives, 5 ont été repérées et la majorité d'entre elles ont été réalisées à partir d'entrevues semi-structurées faites auprès de différents types de professionnels (médecins, éducateurs en garderie, directeurs de service de garde, intervenants psychosociaux). La plupart de ces études ont utilisé l'analyse interprétative phénoménologique dans l'optique d'identifier les obstacles ou les solutions possibles à l'utilisation des PCF. À cela s'ajoute 3 études qui ont été consultées qui utilisent un devis mixte, c'est-à-dire combinant la complétion du questionnaire «Family-Focused Mental Health Practice Questionnaire» et la participation à une entrevue semi-structurées.

Bien que de nombreuses études aient été réalisées dans divers pays au sujet des obstacles à l'utilisation des PCF, peu d'études se sont intéressées à leurs utilisation dans un contexte québécois (Laporte, 2007; Carrière et al., 2010; Laporte, 2007; Piché et al., 2023). Carrière et ses

collègues (2010) ont réalisé une étude exploratoire entre 2004 et 2006 visant à dresser un portrait des services offerts aux familles dont un parent est aux prises d'un trouble mental. En effet, des entretiens de groupe et individuels ont été réalisés auprès de 141 participants réparties de la manière suivante : 14 mères souffrant d'un trouble mental grave, 21 proches ainsi que 106 intervenants œuvrant auprès de ces familles vulnérables (Carrière et al., 2010). La principale conclusion de cette étude est que l'ACF est très peu préconisée dans le système de la santé et que les liaisons entre les différents services sont difficilement faites. Parallèlement, Laporte (2007) a réalisé une enquête exploratoire auprès de 68 intervenants du Centre jeunesse de Montréal. Les résultats de cette étude soulignent que 39% des 1030 enfants à la charge des 68 intervenants ont un parent atteint d'un trouble mental, dont pour la plupart un trouble de la personnalité limite (Laporte, 2007). L'auteure aborde la difficulté des professionnels à intervenir auprès des parents atteints d'un trouble mental et de leur famille dans une organisation mal structurée pour que ceux-ci puissent recevoir de la supervision clinique et elle discute de pistes d'interventions possibles pour soutenir les professionnels à utiliser l'ACF (Laporte, 2007). Enfin, Piché et ses collègues (2023), ont réalisé une enquête auprès de 380 intervenants qui ont répondu au questionnaire nommé «Family-Focused Mental Health Practice Questionnaire » (FFMHPQ) traduit en français. Les résultats de cette étude révèlent que les travailleurs sociaux utilisent davantage les PCF que d'autres professionnels (p.ex., les infirmiers spécialisés en psychiatrie, psychologues, médecins).

En résumé, l'expérience des intervenants québécois en matière de PCF ainsi que les défis que comportent l'utilisation de ces pratiques demeurent encore peu connus. Pourtant, l'avancement des connaissances sur cette question permettrait d'en connaître davantage sur les PCF et les conditions dans lesquelles les intervenants œuvrant auprès d'adultes en santé mentale dans différents types de services. Ainsi, il serait utile d'examiner le point de vue de

professionnels concernant leur utilisation des PCF ainsi que les obstacles auxquels ils peuvent faire face lorsqu'ils travaillent auprès des familles vulnérables. Puisque des modèles théoriques existent concernant les PCF ainsi que leurs obstacles, ceux-ci ont servi à structurer l'analyse des données qualitatives pour documenter ces deux aspects de l'ACF et faire ressortir les similitudes et les différences. Il ne fait aucun doute qu'un portrait de la situation actuelle doit être réalisé puisque l'utilisation de l'ACF par les professionnels s'avère essentiel dans le système québécois.

## **2.1 Objectifs de l'étude**

L'objectif général de cette étude est de documenter l'utilisation des PCF du point de vue des intervenants psychosociaux qui assurent un suivi auprès d'adultes présentant un trouble mental et ayant un ou des enfants âgés entre 0 et 25 ans au Québec, en utilisant une analyse à partir de deux cadres théoriques, soit la pyramide des soins familiaux et la pyramide des obstacles à l'implantation des PCF et des solutions possibles. Deux objectifs spécifiques et hypothèses sous-tendent ce projet. Le premier objectif spécifique est de rendre compte des pratiques de professionnels telles que suggéré dans la pyramide des soins familiaux. À partir des études antérieures, nous pouvons supposer que les professionnels interrogés utilisent peu les PCF. Le deuxième objectif spécifique est de dresser un portrait des obstacles liés à l'utilisation des PCF, du point de vue des professionnels interrogés, tout en repérant les solutions possibles. À partir des études antérieures, nous supposons que les obstacles et les pistes de solution rapportés réfèrent aux quatre niveaux proposés par la pyramide de Maybery et Reupert (2009).

## **2.2 Méthodologie**

L'approche qualitative descriptive proposée par Busetto et al. (2020) a été utilisée pour répondre aux objectifs poursuivis par la présente étude qui consistait à documenter les PCF ainsi

que les obstacles et les solutions possibles reliés à l'utilisation de ces pratiques du point de vue des professionnels. Ce type d'analyse est pertinent lorsqu'il s'agit d'examiner des interventions complexes et de viser l'amélioration de celles-ci. De plus, il est approprié d'utiliser une approche qualitative lorsqu'on souhaite documenter des pratiques professionnelles puisque cela permet d'accéder au vécu des intervenants (Deslauriers, 2005). Dans cette perspective, cette étude vise à documenter un phénomène encore peu étudié au Québec soit l'utilisation de pratiques centrées sur la famille par les professionnels offrant des services à des adultes présentant un trouble de santé mentale et ayant des enfants. Pour ce faire, une analyse qualitative descriptive a été utilisée en se référant à deux modèles qui proposent des balises permettant de décrire les pratiques des PCF et les obstacles et solution modulant leur utilisation.

### **2.2.1 Déroulement de l'étude et recrutement**

L'étude s'est effectuée sur une période de 19 mois allant de septembre 2018 à mars 2020 en suivant trois étapes. La première étape visait à rencontrer les gestionnaires de la Direction santé mentale et dépendances du Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais (CISSSO) dans l'optique d'évaluer la faisabilité de l'étude et de planifier le recrutement en fonction de la réalité du milieu. La deuxième étape a été consacrée à l'élaboration du projet de recherche en tenant compte de la consultation auprès des gestionnaires puis à sa soumission à deux comités d'éthique de la recherche. Plus précisément, le projet a été approuvé par le comité éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais (UQO) 2020-120 : 2859 et celui du CISSSO 2020-301\_154. La troisième étape réfère au recrutement et à la collecte de données. Le recrutement a été réalisé en s'appuyant sur la méthode de choix raisonné de Busetto et al. (2020) qui consiste à former un échantillon de convenance, c'est-à-dire que les personnes disponibles et accessibles dans trois secteurs préétablis ont été recrutées. Il est à noter que la



collecte de données a été particulièrement affecté négativement par le contexte lié à la covid-19, ce qui peut expliquer un taux de participation plus faible que prévu. Afin d'augmenter notre échantillon, le recrutement qui était initialement supposé se faire qu'au CISSSO a été réalisé dans d'autres sites (organismes communautaires et clinique privée). Pour ce qui est du CISSSO, le directeur des programmes en santé mentale et dépendance a accepté de transmettre le message de recrutement auprès des intervenants sous sa direction. Il s'agit d'un message résumant brièvement l'étude et sollicitant les intervenants à contacter la candidate afin de participer à une entrevue via vidéoconférence. Suite à cette démarche, deux intervenantes ont manifesté leur intérêt à participer au projet de recherche. Les deux entrevues ont été réalisées par vidéoconférence dans les semaines qui ont suivi le premier contact.

Pour ce qui est du secteur communautaire, sept responsables d'organismes communautaires de la région de l'Outaouais ont été sollicités afin d'obtenir leur soutien pour le recrutement. Parmi ces responsables d'organismes, deux d'entre eux ont accepté d'avoir une conversation téléphonique avec la candidate concernant la nature du projet et leur rôle pour aider au recrutement des intervenants. Suite à la conversation, ces deux directeurs ont accepté de transmettre un message de recrutement auprès des intervenants sous leur direction. Une intervenante d'un organisme communautaire a contacté la candidate afin de participer à l'étude. Elle a été rencontrée dans les semaines qui ont suivi le premier échange de courriel afin de réaliser l'entretien.

Pour le secteur privé, la direction de deux cliniques a été contactée afin de solliciter leurs intervenants à participer à cette étude. Une intervenante d'une de ces cliniques a contacté la candidate afin d'obtenir de l'information à propos de l'étude. Suite à cette rencontre, elle a accepté de participer à l'étude. Le message de recrutement a ensuite été transmis à d'autres intervenants de la même clinique privée. Deux autres intervenants de cette même clinique ont

accepté d'être contactés par la candidate afin de participer à une entrevue. Ils ont tous été rencontrés par vidéoconférence dans les semaines qui ont suivi le premier contact afin de réaliser l'entrevue.

Le consentement libre et éclairé de tous les intervenants a été obtenu avec leur signature électronique du formulaire de consentement en vue de l'utilisation des enregistrements des entrevues par la candidate. La candidate s'est assurée d'obtenir la signature des répondants avant la réalisation de l'entrevue. L'anonymat a été préservé dans la transcription des entrevues puisque toute mention de nom, prénom, nom de rue, ville, etc. a été supprimée.

### **2.2.2 Participants**

L'échantillon est composé de six professionnels provenant de trois sites différents. Les critères d'inclusion de l'étude sont 1) être un intervenant psychosocial ou être un étudiant dans un programme de deuxième ou troisième cycle en psychologie ou psychoéducation qui a terminé ses stages ou internats cliniques et 2) détenir le mandat premier d'intervenir auprès d'adultes qui ont un trouble mental, soit à leur domicile et/ou en établissement. Les critères d'exclusion de l'étude sont 1) les intervenants qui ne sont pas en mesure de comprendre le français oral et 2) les intervenants qui connaissent personnellement ou entretiennent une quelconque relation avec l'intervieweur pour ne pas causer de biais du répondant. Le tableau 1 présente les informations démographiques auto rapportées qui ont été colligées lors de la réalisation des entrevues.

Tableau 1. *Informations démographiques auto rapportées*

	Genre	Profession	Nombre d'années d'expérience en intervention	Milieu de pratique	L'approche clinique utilisée	Mandat
Participant 1	Homme	Étudiant en psychologie	8 ans	Clinique de psychologie privée	L'approche relationnelle	Évaluation psychologique et psychothérapie auprès d'adultes en individuel
Participant 2	Femme	Étudiante en psychologie	4 ans	Clinique de psychologie privée	L'approche centrée sur les émotions	Évaluation psychologique et psychothérapie auprès d'adultes en individuel
Participant 3	Femme	Psychologue	8 ans	Clinique de psychologie privée	L'approche cognitive et comportementale	Évaluation psychologique et psychothérapie auprès d'adultes en individuel
Participant 4	Femme	Infirmière	21 ans	CISSSO au programme SISIV (suivi intensif)	L'approche médicale	Réadaptation (réintégration du client dans la société)
Participant 5	Femme	Psychologue	N.A	CISSSO à la clinique externe	L'approche cognitive et	Psychothérapie auprès d'adultes en individuel

Participant 6	Femme	Travailleuse sociale	11 ans	de l'hôpital Pierre-Janet Organisme communautaire	comportementale L'approche axée sur l'identification des forces	Réinsertion sociale de personnes vivant avec des problèmes de santé mentale
---------------	-------	----------------------	--------	--	--	---

### 2.2.3 Entrevues semi-structurées

Un guide d'entrevue semi-structuré a été élaboré pour explorer les thèmes centraux de la recherche (Savoie-Zajc, 2016). Le choix d'une entrevue semi-structurée provient de son caractère adaptable. En ce sens, l'intervieweur, la candidate au doctorat en psychologie Sandra Landry a pu aborder des thèmes non prévus à ce guide si cela était pertinent. Le guide d'entrevue comprenait 19 questions ouvertes représentant les deux modèles choisis qui décrivent les PCF ainsi que les obstacles et les piste de solution possible à l'utilisation de l'ACF. Le premier étant la pyramide des soins familiaux (Mottaghipour et Bickerton, 2005) composée de 5 niveaux de PCF. Voici des exemples de ces questions :« C'est comment pour vous de travailler avec des parents qui ont un trouble mental? Que faites-vous lorsque vous savez qu'un de vos clients est un parent ? Dites-moi en plus » Plus précisément, quelques questions posées avaient comme objectif de documenter précisément une PCF. Par exemple, la question :« est-ce qu'il vous arrive de soutenir les parents dans l'accomplissement de leur rôle parental?» vise à documenter la PCF éducation psychologique du troisième niveau de la pyramide des soins familiaux. De même, en posant les questions suivantes :« Comment décidez-vous de vous impliquer auprès des enfants de vos clients ayant un trouble mental? Comment vous impliquez-vous auprès des autres membres de la famille? », l'objectif était de documenter les PCF du premier niveau de la pyramide des soins familiaux (connection et évaluation).

Le deuxième modèle est la pyramide des obstacles à l'implantation des PCF et des solutions possibles de Maybery et Reupert (2009). Voici deux exemples de questions posées ayant comme objectif de faire ressortir les obstacles et solutions possibles liés à l'utilisation des PCF: «Dans votre travail, est-ce qu'il y a des obstacles lorsque vous travaillez avec les familles de vos clients? Qu'est-ce qui facilite le travail auprès des familles de vos clients?». Le guide d'entrevue se trouve en annexe A.

#### 2.2.4 Analyse des données qualitatives

Puisqu'il s'agit de documenter une pratique professionnelle qui comporte déjà des niveaux de PCF bien établies, la méthode d'analyse basée sur des cadres théoriques a été utilisée (Gale et al., 2013). Les deux cadres sont les suivants : 1- la pyramide des soins familiaux proposée par Mottaghipour et Bickerton (2005) présentant les niveaux d'intervention de l'ACF et 2- la pyramide des obstacles à l'implantation des PCF et des solutions possibles (Maybery et Reupert, 2009) présentant les obstacles et les solutions possibles à l'utilisation des PCF.

Nous avons suivi la procédure proposée par Miles et ses collègues (2014) pour effectuer l'analyse des données. Cette procédure est divisée en quatre composantes : a) collecte de données, b) réduction des données, c) présentation des données et d) vérification des conclusions tirées de l'analyse. La *collecte de données* a mené à six entrevues qui ont été enregistrées et transformées en verbatim. La *réduction des données* provenant des verbatims a ensuite été effectuée à partir d'une grille de codification décrivant les PCF (Mottaghipour et Bickerton, 2005) de même que les obstacles et les pistes de solution (Maybery et Reupert, 2009). La grille de codification est présentée à l'annexe B. Pour réduire les données, les deux membres de l'équipe (l'étudiante et sa co-directrice 1) ont codé les six verbatims en entier à partir de la technique d'accord interjuge, en suivant deux cycles de codage (MacQueen et al., 1998).

Lors du premier cycle de codage, les deux chercheuses ont séparément identifié les segments provenant des verbatims pour chacune des six entrevues et les ont alignés avec les codes issus des deux modèles dans un tableau synthèse. Par la suite, une analyse a été menée pour établir dans quelle mesure les segments ont été codés de la même façon et une discussion concernant les segments qui ont été codés différemment a eu lieu. Cette discussion avait comme objectif de mieux comprendre la nature du désaccord et d'ajuster si nécessaire la définition des

codes. Cet exercice de comparaison a permis de s'assurer d'un sens commun du contenu analysé entre les deux chercheurs.

En ce qui concerne le second cycle de codage, une analyse a été effectuée dans le but de faire ressortir les thèmes émergents pour les PCF et aussi pour les obstacles et les solutions possibles à l'utilisation de ces pratiques. Ceci a permis de valider la cohérence des segments codés pour chaque entrevue et de faire ressortir les différences et similitudes entre les entrevues.

La troisième composante se rapporte à la *présentation visuelle des résultats* de l'analyse des données qui a pris la forme de matrices et de figures pour faire ressortir les points saillants de l'analyse pour ensuite *tirer et vérifier les conclusions* (quatrième composante) en impliquant une troisième chercheuse (co-directrice 2) dans le processus d'analyse.

### **3.1 Résultats**

L'analyse qualitative des six entrevues menées dans le cadre de cette étude a d'abord permis de répondre au premier objectif spécifique de l'étude qui est de rendre compte des PCF. Ces pratiques sont appliquées par des intervenants psychosociaux qui assurent un suivi auprès de parents usagers ayant des enfants âgés entre 0 et 25 ans. Il sera exposé dans la présente section de l'essai doctoral les PCF réparties selon les 5 niveaux de la pyramide des soins familiaux et qui ont été documentées en interrogeant les intervenants participant à l'étude.

#### **Niveau 1 : Connexion et évaluation de la famille**

Pour ce qui est du niveau 1 de la pyramide des soins familiaux, les PCF mentionnées par les participants lorsque ceux-ci sont questionnés sur leur utilisation ou non auprès de leurs clients usagers sont au nombre de deux: l'évaluation des dangers imminents ou des situations à risque et de la sécurité des enfants et des parents ainsi que l'évaluation de l'impact du trouble mental du

parent sur les membres de sa famille. Ces PCF seront décrites en mettant l'accent sur les similitudes et les différences en fonction des différents milieux de travail.

### ***3.1.1.1 L'évaluation des dangers imminents ou des situations à risque et de la sécurité des enfants et des parents***

La majorité des intervenants rencontrés ont répondu qu'ils ont le souci d'évaluer le *bien-être et la sécurité de l'enfant*. Ainsi, selon leur perspective, la famille est d'abord abordée sous l'angle de la protection de l'enfant. Pour ce faire, plusieurs participants relatent faire décrire à leur client comment ces derniers interagissent avec leur enfant. Par exemple, l'intervenante 4 mentionne : «C'est sûr que je regarde l'environnement aussi, je regarde aussi comment eux autres interagissent avec l'enfant là.»

La majorité des participants ont révélé évaluer les dangers imminents ou les situations à risque, c'est-à-dire les situations dans lesquels le bien-être physique et psychologique de l'enfant est compromis pour leurs clients et leurs enfants et les réévaluer au besoin. Or, cette évaluation des dangers imminents et des situations à risque semble varier en fonction de la sévérité de la symptomatologie de la clientèle en plus de son niveau de fonctionnement global. En effet, une participante travaillant dans le réseau public auprès d'une clientèle aux prises avec des troubles mentaux sévères révèle systématiquement procéder à l'évaluation de la sécurité des enfants de ses clients et référer à un collègue spécialisé dans les interventions familiales qui s'assure d'entreprendre les démarches avec la protection de la jeunesse (DPJ) lorsque la sécurité et le bien-être des enfants sont compromis. La participante 4 donne son opinion à la question *du bien-être et la sécurité de l'enfant* :

C'est sûr que les objectifs d'interventions vont changer si l'enfant est encore dans le milieu là pis qu'on le sait qu'il va falloir le retirer... C'est des clientèles assez lourdes. C'est pour ça que je te dis que souvent les enfants sont retirés ça fait longtemps.



D'autres participants œuvrant auprès d'une clientèle de première ligne, donc ayant une symptomatologie moins invalidante relativement à leur fonctionnement global, affirment à propos de la question *du bien-être et de la sécurité de l'enfant* qu'ils restent particulièrement alertes aux propos tenus par leurs clients usagers concernant les soins qu'ils prodiguent à leurs enfants et de l'impact des symptômes des parents sur le développement des enfants. Ils mentionnent procéder à une évaluation des risques plus approfondie au besoin. En ce sens, ces intervenants indiquent évaluer la sécurité de l'enfant seulement si le parent aborde des inquiétudes relatives aux soins qu'il apporte à son enfant. L'intervenante 5 dévoile :

Je reste alerte à la façon qu'un parent parle, mais je n'ai pas l'agenda en tête de trouver si l'enfant est en sécurité. S'il y avait eu quelque chose et que c'est assez gros là, je pose des questions par soucis pour l'enfant.

À cet égard, la majorité des intervenants relatent avoir une responsabilité envers les enfants de leurs clients et ils mentionnent qu'ils ont le devoir de faire un signalement à la DPJ lorsque la sécurité des enfants est compromise. À ce propos, l'intervenante 5 mentionne : «J'expliquerais aux parents que je dois discuter avec la DPJ pour la sécurité de l'enfant. Idéalement, j'encouragerais le parent à le faire lui-même avec moi, mais je le ferais sinon d'aviser la DPJ».

Un constat ressort de l'analyse de la description des PCF en matière de sécurité : la sévérité de la symptomatologie du parent usager de même que son impact sur le fonctionnement global semblent orienter différemment la manière d'évaluer la sécurité de l'enfant. En effet, plus la symptomatologie est sévère et altère le fonctionnement global de la personne, plus il y a de vigilance à l'égard de l'évaluation de la sécurité et de la possibilité de signaler à la DPJ. Dans ce cas, les intervenants mentionnent rester alertes aux propos tenus par les parents usagers sans toutefois mener une évaluation de la sécurité de manière approfondie.

### ***3.1.1.2 L'évaluation de l'impact du trouble mental du parent sur les membres de sa famille***

Les participants ont répondu qu'ils évaluent l'impact du trouble mental du parent sur les membres de sa famille, mais cette exploration semble différer selon l'approche clinique privilégiée auprès des adultes suivis. Par exemple, un intervenant adoptant généralement une approche relationnelle, c'est-à-dire ciblant particulièrement un travail thérapeutique au niveau des relations du client mentionne évaluer plus précisément le développement affectif de ses clients.

Le participant 1 mentionne :

Bon ben pour moi il y a différentes questions qui sont importantes en évaluation. D'abord, il y a comme toute l'anamnèse, donc au niveau relationnel avec l'enfant. Donc, je travaille beaucoup avec le développement affectif à travers le temps. Donc par exemple je vais demander aux parents de me décrire comment c'était avant, de me décrire leur état de santé mentale avant qu'elles soient enceintes.

Le participant 1 poursuit en disant :

J'essaie de voir c'est quoi les impacts que le trouble de santé mentale a pu avoir à tel ou tel âge de l'enfant. Parce que moi ce qui m'intéresse c'est de savoir, bien aujourd'hui ça peut être quoi les défis de l'enfant. Qu'est-ce qu'il a pu manquer quand il était jeune et qu'aujourd'hui ben ça peut s'exprimer à travers des carences ?

Les intervenants utilisant une approche cognitive et comportementale, c'est-à-dire ciblant particulièrement l'observation entre les émotions, les pensées et les comportements ou une approche centrée sur les émotions, c'est-à-dire axée principalement sur l'expérience émotionnelle de la personne, répondent s'intéresser aux impacts des comportements des enfants sur la symptomatologie du parent et inversement à l'impact du trouble mental du parent sur l'enfant. La participante 2 explique : « Je vais explorer comment les enfants jouent un rôle dans le développement et le maintien de la problématique primaire, mais je ne vais pas nécessairement changer comment je traite la problématique. » Quant à elle, la participante 3 mentionne poser des questions par rapport aux impacts que peuvent avoir leurs symptômes sur leurs enfants : « son

chum, il était très insatisfait par rapport à sa consommation d'alcool, donc là je lui disais tu parles beaucoup de ça, c'est quoi les impacts sur les enfants ? ».

L'intervenante œuvrant dans le milieu communautaire interrogées sur *l'impact du trouble mental du parent* mentionne qu'elle adopte une approche axée sur l'identification des forces. En ce sens, elle explique évaluer les différentes sphères de vie à divers moments (passé, présent et futur) de leurs clients. De ce fait, une évaluation de la qualité du réseau social et de la force des liens que la personne entretient avec les membres de sa famille est réalisée :

Ben je te dirais que c'est surtout le PIF et le PIOR qu'on utilise au centre là. Donc le plan d'identification des forces pis le plan d'intervention axé sur le rétablissement. Donc dans ces deux outils, il y a souvent le réseau social qui est là, mais aussi tout dans le passé, toutes les ressources que tu as eu dans le passé ou que t'as présentement ben tu impliques les individus là (intervenante 6).

En résumé, un constat émerge lors de l'analyse de la description de l'évaluation de l'impact du trouble mental du parent sur les membres de sa famille : l'évaluation semble varier selon l'approche clinique du professionnel.

### **3.1.2 Niveau 2 : Éducation générale**

Le niveau 2 de la pyramide des soins familiaux, c'est-à-dire l'*éducation générale* comporte principalement une PCF qui consiste à fournir de l'information pertinente aux membres de la famille (incluant les enfants des parents atteints du trouble mental) à propos des services offerts par les différents organismes ou services de la région, des lois sur la santé mentale, des droits des usagers et de leur famille, du trouble mental du parent qui en est atteint, de son traitement ainsi que des impacts du trouble mental sur les enfants. Cette pratique a été identifiée par l'intervenante pratiquant dans un organisme communautaire. À cet égard, la participante 6 mentionne qu'il peut lui arriver selon les besoins de ses clients de fournir de l'information pertinente aux membres de leur famille, notamment concernant le trouble mental du parent et de

son traitement. Cette intervenante relate :« avec grands-parents ou parents c'est arrivé qu'on explique un peu ce que c'est le trouble mental, expliquer la médication, expliquer les effets, mais même avec un enfant on avait trouvé des livres là (intervenante 6)».

Ainsi, le principal constat qui ressort de l'analyse de la description de la PCF nommée éducation générale est que l'intervenante provenant du secteur communautaire rapportent avoir plus tendance à informer la famille sur les enjeux de la maladie mentale.

### **3.1.3 Niveau 3: Éducation psychologique**

Dans le troisième niveau de la pyramide des soins familiaux, c'est-à-dire *l'éducation psychologique*, plusieurs PCF ressortent de l'analyse qualitative, soit considérer le rôle de parent du client (responsabilités parentales) et lui offrir du soutien par rapport à ce rôle, offrir de l'éducation psychologique par rapport aux stratégies d'adaptation pour faire face aux difficultés au client et aux membres de la famille ainsi qu'encourager, soutenir et accompagner le client à avoir des discussions régulièrement avec ses enfants à propos de son trouble mental et par rapport aux préoccupations que les enfants peuvent avoir.

#### ***3.1.3.1 Les pratiques de soutien à la parentalité***

Voici plusieurs exemples d'interventions de soutien à la parentalité qui ont été mentionnées par les répondants. Il est intéressant de constater que les exemples suivants portent sur deux éléments en particulier des pratiques parentales : la disponibilité physique et psychologique ainsi que les actions indirectes. L'intervenante 4 travaillant à domicile auprès d'une clientèle atteinte de troubles mentaux graves dévoile un exemple intéressant de soutien à la parentalité :

Ben c'est sûr que quand j'avais vu le petit gars [enfant âgé approximativement de 2 ans], j'ai dit :« est-ce que je peux regarder dans le frigidaire? » Ils m'ont laissé regarder, il n'y avait pas trop de bouffe. J'ai dit :« c'est important à cet âge-là, quand qu'il se développe

d'avoir une saine alimentation. Je sais que c'est difficile pour vous autres parce qu'au niveau monétaire [ce n'est pas facile, mais] ils ont tous l'aide du dernier recours [organisme communautaire] (intervenante 4).

Une autre participante lors de son entrevue nomme un exemple intéressant de soutien à la parentalité concernant une cliente qui était distante face à ses enfants:

Donc, on a travaillé la dépression, mais un moment donné ça été vraiment faire l'intervention très confrontant sur bien là il va falloir apprivoiser ton contact avec tes enfants. Ça été vraiment de la faire travailler l'exposition, ce qu'elle trouvait très difficile (participante 3).

La participante explique avoir réalisé des interventions visant à augmenter les contacts de sa cliente avec ses enfants. Quant à elle, l'intervenante 6 révèle soutenir la parentalité de certains de ses clients lors de rencontres importantes:

C'était pour accompagner mon usager, mon utilisateur à une rencontre avec les parents. Le parent qui va me demander :«j'aimerais ça que tu sois là, parce que je veux que tu retiennes des choses pis je ne veux pas être seul là-dedans ».

En résumé, le constat général qui émerge lors de l'analyse de la description des PCF est que la pratique la plus commune semble être le soutien à la parentalité qui s'exerce selon quatre principales conditions, notamment les besoins de base, le rapprochement avec les enfants, l'allègement des tâches et l'accompagnement du parent à des rendez-vous.

### ***3.1.3.2 Soutenir les membres de la famille à communiquer***

L'intervenante 6 œuvrant dans le milieu communautaire a répondu à la question concernant *le soutien des membres de la famille à la communication* qu'elle soutenait ses clients et les membres de sa famille à converser à propos de leurs difficultés et qu'elles les aidaient à avoir une meilleure cohésion lorsque cela est nécessaire et demandé par ses clients. Elle explique :« c'est de mettre des mots. Parce que souvent les mots [représentent] des émotions, pis les émotions des fois les gens on n'est pas capable de nommer comment on se sent.» Elle ajoute aussi lors de son entretien :

Fake des fois c'est très ambigu, mais d'avoir des mots sur papier et pouvoir les utiliser ou tu sais même des images de bonhommes qui sont tristes ou qui sont contents pour les enfants. C'est plus facile aussi là.

Ainsi, elle dévoile aussi qu'il lui est déjà arrivé à la demande de son client de le soutenir à adresser avec son enfant son vécu émotif par exemple avec l'utilisation d'un livre pour expliquer les troubles mentaux aux enfants. Elle ajoute : «Ils savent maintenant plus se parler. Au début, ils ne savaient pas se parler.»

Des participants œuvrant dans les autres secteurs de pratique révèlent soutenir leur client à s'affirmer auprès de leur famille par exemple avec des jeux de rôles sans pour autant rencontrer les membres de la famille : « on va soutenir le client à s'affirmer ou sinon à parler, on va faire des jeux de rôles (participante 4) ».

Donc, le constat qui est soulevé suite à l'analyse de la description des pratiques de soutien à la communication est qu'un tel soutien semble être offert plus systématiquement par les intervenants du secteur communautaire, toutefois les intervenants des autres secteurs semblent encourager leurs clients à s'affirmer face aux membres de la famille plutôt que d'intervenir directement auprès des membres de la famille.

### **3.1.4 Niveaux 4 et 5 : Consultation et interventions familiales**

Dans le quatrième niveau de la pyramide des soins familiaux, c'est-à-dire la *consultation*, une PCF est identifiée par les répondants lorsqu'ils sont questionnés sur les références : consultation et création d'un partenariat avec d'autres ressources afin de favoriser l'empowerment de la famille et miser sur les forces de celle-ci. Dans la même optique, les participants ont également mentionné une PCF du cinquième niveau de la pyramide des soins familiaux nommé *interventions familiales*, c'est-à-dire la référence vers des spécialistes travaillant la dynamique familiale.

Il est à noter qu'il y a une PCF qui se retrouve dans les 5 niveaux de la pyramide des soins familiaux. Effectivement, cette PCF est la référence et la liaison vers d'autres services en fonction des besoins de la famille. Il est à préciser que cette pratique varie d'intensité en fonction des différents niveaux de la pyramide, allant du premier au cinquième niveau. Il est intéressant de constater que la référence des familles vers des services appropriés est la PCF qui est le plus couramment utilisée par les participants. À ce propos, le participant 1 dit: « J'ai déjà encouragé les parents à contacter certains organismes et je me suis assuré qu'ils le fassent. » Une des raisons qui pourrait justifier la pratique qui consiste à consulter des collègues ou orienter vers des services spécialisés est qu'ils perçoivent qu'ils ont un mandat et des compétences en santé mentale adulte et non en soutien aux besoins des enfants. En ce sens, la participante 3 mentionne : « Donc, c'est comme ça qu'on a fait ça parce que je ne peux pas moi, je n'ai pas de spécialité au niveau de l'enfance ». En effet, la participante 6 explique : « J'ai toujours travaillé avec des adultes, ma vision clinique c'est de dire si tu as besoin de soutien là-dessus, on va aller en chercher. Donc, on va aller chercher des ressources pour t'aider dans ton rôle parental. »

Les références à d'autres services varient en fonction de certaines conditions, comme la complexité des cas et les bénéfices encourus pour leur client usager. Voici deux exemples d'extraits de verbatim représentant la PCF du quatrième niveau de la pyramide des soins familiaux (consultation). La participante 3 explique :

J'ai un parent justement, une femme qui a un enfant très, très, très difficile. Il a trois ans et il a un comportement d'opposition et le père aussi. [Le] Père [a un] déficit de l'attention, comportement d'opposition et c'est tout elle qui se tape parce que monsieur, il vient impatient vite et il se fâche.

Elle relate ensuite lors de son entretien : « Le superviseur et moi on a décidé qu'elle était pour aller en coaching parental avec un spécialiste de trouble de l'opposition. » En effet, la répondante 3 révèle qu'il lui arrive d'encourager ces parents usagers à consulter des ressources

spécifiques afin de pallier les faiblesses des familles et de miser sur leurs forces. Les intervenants semblent voir des bénéfiques à encourager leurs clients à chercher et avoir recours à d'autres services afin par exemple de briser la solitude de parent et miser sur leurs forces en tant que parent. En ce sens, la participante 6 raconte :

Oui, comme tu sais par exemple le PAPFC, se faisait au centre de pédiatrie sociale. C'est des travailleurs sociaux du CLSC qui font ça. C'est trippant parce que là elle avait un milieu où elle s'est fait reconnaître comme maman, elle a eu des amis, des connaissances. Elle avait des acquis au rôle parental pis en plus ben à la fin de l'année, elle était reconnue pour en plus donner plus à ses enfants. Tu sais, ça, ça été gros dans son rôle de parent, cette année-là, tu sais. Elle a juste appelé pour prendre un rendez-vous pis faire ça, mais c'est gros. Toutes ces expériences-là c'est l'fun parce que quand les gens nous racontent ça pis qu'on n'est pas là ben on voit, tu sais, que ça eut ce gros impact-là.

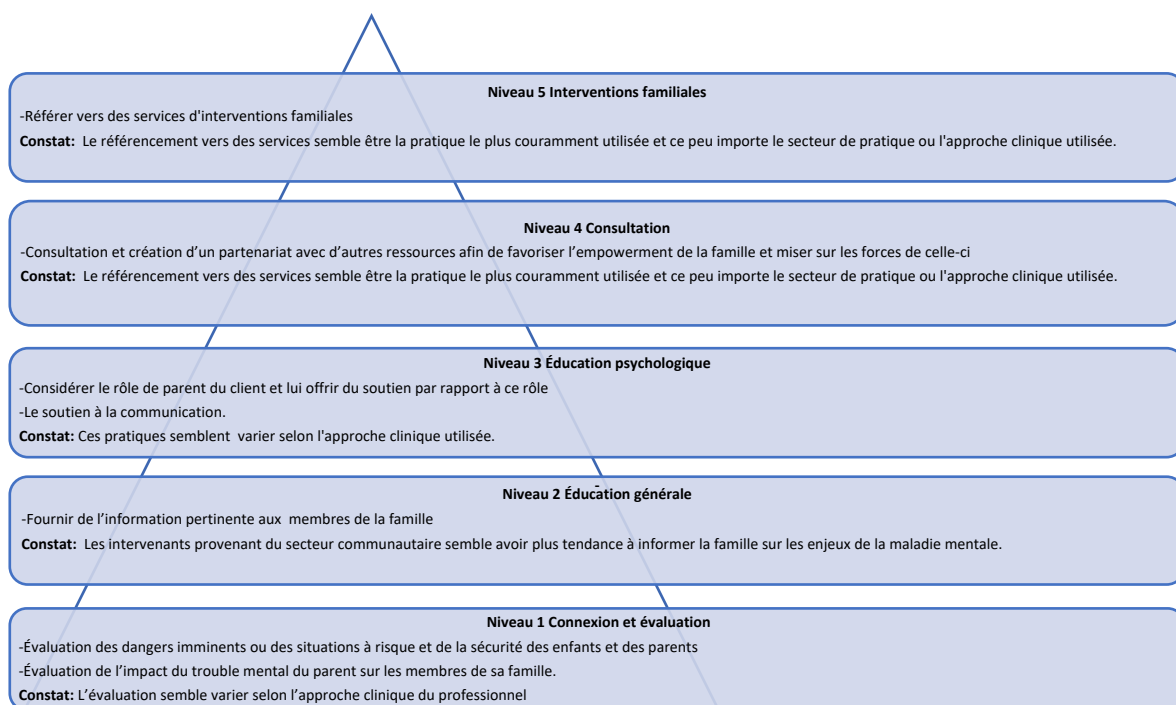
De surcroît, plusieurs participants relatent qu'ils peuvent référer leurs clients usagers vers des services de thérapie familiale s'ils jugent que cela pourrait être bénéfique. À cet égard, la répondante 3 révèle : « Tu sais si c'était quelqu'un qui disait, moi je veux travailler mes liens familiaux, je le référerais au systémique. » De le même sens, la professionnelle 4 mentionne :

Il m'est arrivé de recommander par exemple le 811 pour avoir plus d'informations sur c'est quoi les services offerts s'il avait possibilité d'aller chercher de l'aide avec les enfants ou de la thérapie plus familiale.

En conclusion, un constat ressort lors de l'analyse de la description des pratiques de références/liaisons, la plupart des intervenants peu importe leur secteur réfèrent à d'autres services particulièrement en raison de leur mandat centré sur l'adulte. Les conditions sous-jacentes à la référence sont la complexité des cas et les bénéfiques anticipés pour leur client adulte et leurs enfants. Il est intéressant de constater que cette PCF est celle qui semble être le plus communément utilisée et ce malgré l'approche clinique du répondant ou son secteur de pratique. La figure 3 schématise les principaux constats de l'analyse de la description des PCF nommées par les participants de la présente étude.



Figure 3. Principaux constats de l'analyse de la description des PCF



### 3.2 Les obstacles et les solutions possibles

Les participants à l'étude ont aussi été questionnés sur les obstacles et les solutions possibles perçus quant à l'utilisation des PCF en contexte de suivi auprès des adultes. Ceux-ci ont été explorés en fonction des quatre niveaux de la pyramide des obstacles à l'implantation des PCF et des solutions possibles, soit les obstacles liés au niveau organisationnel, les obstacles liés aux professionnels, les obstacles liés aux clients et les obstacles liés aux enfants et autres membres de la famille. Il sera décrit dans la section suivante de l'essai doctoral les obstacles et les solutions possibles liés à l'utilisation des PCF nommés par les répondants.

#### 3.2.1 Obstacles liés au niveau organisationnel

Le niveau organisationnel de la pyramide comportent 4 obstacles à l'utilisation des PCF soit 1) le manque de balises de la part des organisations entourant les PCF, 2) le manque de

ressources et d'accessibilité pour entreprendre les PCF, 3) le contexte d'intervention et le mandat de l'établissement ne favorisant pas une ACF et 4) les difficultés au niveau des collaborations intersectorielles et interprofessionnelles.

Parmi tous les obstacles identifiés par les répondants, ils ont tous été documentés à l'exception de l'obstacle 1 se rapportant aux balises de la part des organisations. Une solution possible a été rapportée par les répondants soit le contexte d'intervention et le mandat de l'établissement favorisant une ACF. Les trois obstacles et la solution possible à l'utilisation des PCF seront décrits en mettant l'accent sur les similitudes et les différences en fonction des différents milieux de travail.

### ***3.2.1.1 Le contexte d'intervention et le mandat de l'établissement***

Premièrement, les participants soulignent que le mandat de l'établissement est un obstacle à l'utilisation des PCF puisque celui-ci est centré sur le parent usager en tant qu'adulte. Plus précisément, les participants mentionnent qu'ils ne pensent pas avoir un mandat de soutenir les membres de la famille des parents usagers, comme l'indique l'intervenant 1: «je ne dirais pas que les enfants sont au centre de l'objectif ». En effet, les intervenants nomment qu'ils adoptent une approche clinique visant principalement à répondre à des objectifs thérapeutiques déterminés en début de suivi conjointement avec leur client selon leurs besoins. Par exemple, l'intervenante 5 oeuvrant au CISSSO à la clinique externe de l'hôpital Pierre-Janet mentionne : « les objectifs sont souvent ceux du client, qu'est-ce que le client souhaite travailler comme tel? Je sors un peu les thèmes de ce qui est prioritaire pour le client à travailler». Ainsi, si ces derniers ne mentionnent pas par eux-mêmes d'emblée avoir d'inquiétudes en lien avec leur rôle parental ou leur famille, les objectifs thérapeutiques ne seront pas en lien avec ces thèmes. Inversement, lorsque les clients mentionnent un besoin d'être soutenu dans leur rôle parental, les objectifs

d'interventions pourront être en lien avec ce thème. L'intervenante 6 va dans le même sens en disant que :

Ça partait vraiment d'elle, son besoin. Son besoin c'était de retrouver ce rôle-là, parce que c'est sa priorité être maman. Elle aurait des enfants toute sa vie, elle a le rôle maternel tatoué au cœur, ça allait avec ses objectifs. J'ai un autre suivi que lui il a un enfant. Il le voit une fin de semaine de temps en temps, mais je n'ai jamais eu besoin autant de m'impliquer parce que la relation avec le conjoint était différente. Il était capable de concilier son rôle pis ça n'avait pas un impact sur comment lui se voyait comme parent, son rôle de parent n'est pas dans ses priorités. Je travaillais autre chose avec lui.

Ainsi, le mandat perçu par les intervenants de leur milieu de travail viendrait circonscrire les frontières de l'ACF. Il a été souligné par tous les participants sans exception que leur mandat premier est d'intervenir d'abord auprès de leur client usager suivi en tant qu'adulte plutôt que parent.

Malgré ce constat, il semble que les PCF soit plus enclin à être utilisées dans le secteur communautaire. En ce sens, l'intervenante œuvrant dans le milieu communautaire mentionne que l'organisme pour lequel elles travaillent prône l'inclusion de la famille dans leurs interventions ce qui semble être une solution possible à l'utilisation des PCF. À cet égard, l'intervenante 6 explique :

Ben je te dirais que c'est surtout le PIF et le PIAR qu'on utilise au centre là. Donc, le plan d'identification des forces pis le plan d'intervention axé sur le rétablissement. Donc dans ces deux outils, il y a souvent le réseau social qui est là, mais aussi tout dans le passé, toutes les ressources que tu as eues dans le passé ou que tu as présentement et bien tu impliques les individus là. Donc, un plan d'intervention que c'est juste l'intervenant qui est dedans ce n'est pas un bon plan d'intervention parce qu'il faut le réseau social aussi pis nous le but c'est de «ploguer» les gens dans la communauté pour qu'éventuellement ils n'aient plus besoin de nous.

### ***3.2.1.2 La collaboration intersectorielle et interprofessionnelle***

La référence à des ressources externes semble être une pratique courante pour les secteurs public et communautaire. Le contexte d'intervention semble impacter comment le référencement est réalisé. D'une part, les professionnels pratiquant dans le réseau de la santé et des services

sociaux indiquent que les contacts avec d'autres professionnels de leur milieu de travail sont très faciles. Notamment, la professionnelle 5 explique :

À l'intérieur du CISSSO avec les intervenants en communauté, à l'intérieur du CISSSO, on a des services, des travailleurs sociaux, tout ça. C'est comment dire notre client, on a le même client. C'est plus facile de communiquer, c'est ça on n'a pas à avoir d'autorisation, mais de toute façon c'est comme si on a cette vision-là qui est plus facile.

Elles mentionnent référer très fréquemment aux membres de leur équipe de travail. À cet effet, la professionnelle 4 explique : « On est une équipe multi surtout au SI SIV [nom du service] là, il y a plus de partenaires ou de professionnels que tu peux aller chercher pour avoir de l'aide, tu vas aller le chercher là. » Ainsi, la même professionnelle relate qu'il lui arrive de référer ses clients à ses collègues (différents types de professionnels): « Pour mes clients, pour mes patients, pour eux à cause de leur état mental ben là c'est sûr que j'ai le psychiatre j'ai les psychologues. Je vais faire entrer une nutritionniste pour sa grossesse. » Donc, il est possible de constater que les professionnels pratiquant dans le réseau de la santé et des services sociaux semblent prioriser la référence vers leurs collègues de travail, mais ils affirment tout de même référer à des organismes communautaires. En ce sens, la répondante 5 nomme un exemple intéressant :

J'avais une cliente justement elle est à Montréal. C'est comme une fin de suivi, la cliente elle déménageait. Je la suis à distance en attendant qu'elle soit qu'elle soit reprise là-bas. Fake on avait trouvé une place [organisme communautaire] là où ils donnaient des ateliers parents-enfants.

D'autre part, l'intervenante 6 celle travaillant dans un organisme communautaire dit collaborer très fréquemment avec les autres organismes communautaires de la région.

Parallèlement, l'intervenante 6 révèle référer à ses collègues :

Nous dans un organisme, ben c'est le fun parce qu'on a plusieurs volets de services. Comme quand j'ai une collègue qui par exemple travaille les entendeurs de voix, qui va travailler aussi le côté d'employabilité, qui va aussi peut-être faire un deuil après suicide parce que quelqu'un s'est suicidé dans sa famille. Ben ce petit réseau-là aussi d'implication, ou juste d'avoir des collègues aussi avec qui je peux discuter de cas cliniques ça va être aidant.

Ceci étant dit, elle mentionne tout de même référer ses clients vers le réseau de la santé et des services sociaux comme l'illustre cet extrait de son entrevue:

Ben souvent je passe par le CLSC, s'ils n'ont pas déjà un suivi là. Donc avec le 811 de faire un appel pour demander justement qu'il y ait un suivi pour l'enfant, ou de vérifier justement de s'inscrire sur des listes justement là existantes pour des programmes pour être appelé quand qu'il y aura de la disponibilité (intervenante 6).

Quant aux intervenants travaillant dans le secteur privé, ils mentionnent référer en fonction des besoins de leurs clients et de leur famille ainsi que des ressources qu'ils connaissent déjà, mais ce qui est différent est qu'ils ne font pas nécessairement partie, comme les deux autres secteurs, d'une équipe multidisciplinaire ou d'une association regroupant les organismes communautaires. Par exemple, la professionnelle 3 dit :

Je ne sais pas si tu es au courant comme là Cap Santé Outaouais, quand tu cliques là-dessus [lien internet], comme là en ce moment, je l'ai ici là, Cap Santé Outaouais. C'est un organisme qui regroupe tous les organismes en Outaouais qui s'entraident.

### ***3.2.1.3 Les ressources et l'accessibilité pour entreprendre les PCF***

Un obstacle qui a été identifié par les professionnels des différents secteurs est le manque d'informations, de visibilité ainsi que de précisions concernant les références vers les services offerts aux familles. L'intervenante 2 révèle qu'un obstacle à l'utilisation des PCF est : « peut-être l'accès et la visibilité des ressources communautaires, de savoir en fait qui est disponible pour nous aider si nécessaire. » Dans la même optique, l'intervenante 3 mentionne un exemple intéressant : « il manque encore de l'information pas là-dessus, mais au CIUSSS. Quand t'appelle, comme moi je me suis fait dire par la clinique, qui réfère tout le monde au 811. » Ainsi, cette intervenante explique que le manque d'information ne facilite pas le travail des intervenants à référer leurs clients vers des services appropriés à leurs besoins. Malgré la facilité d'accès à leurs propres équipes multidisciplinaire et à leur regroupement d'organismes communautaires, les professionnels se heurtent parfois au manque d'accessibilité de services spécialisés. Notamment,

l'intervenante 6 explique : « Donc, c'est ben beau proposer une ressource, mais si ça prend deux ans d'attente pour y accéder moi aussi je vais être découragée là.» De plus, la professionnelle 4 mentionne : « Ouin, on essaye d'aller chercher plusieurs partenaires, mais nous ici en région [Maniwaki] on est très très défavorisé en ressources. On n'en a pas.»

En résumé, le mandat et le contexte d'intervention peuvent faciliter l'utilisation de PCF comme c'est le cas pour l'organisme communautaire pour lequel travaille la participante 6. Pour ce qui est de la collaboration intersectorielle et interprofessionnelle, les participants faisant partie du secteur public ou d'un regroupement d'organismes communautaires disent que ce contexte est facilitant pour référer leurs clients vers des ressources appropriées à leurs besoins, contrairement au secteur privé qui mise sur leurs connaissances individuelles des organismes. Quant aux ressources et à leur accessibilité, la visibilité des organismes ciblant le soutien aux familles semble représenter un obstacle pour tous les secteurs.

### **3.2.2 Les obstacles liés aux professionnels**

Le deuxième niveau de la pyramide des obstacles à l'implantation des PCF et des solutions possibles représente les *obstacles liés aux professionnels*. On dénote 4 obstacles qui sont en lien avec ce niveau de la pyramide soit, 1) un manque de connaissance à propos des PCF 2) un déficit au niveau des compétences en lien avec l'utilisation des PCF 3) l'attitude mitigée des intervenants à l'égard de l'ACF et 4) la crainte de briser l'alliance thérapeutique. Les 4 obstacles mentionnés ci-haut ont été décrits par les répondants, étant donné que les connaissances et les compétences sont interreliées ces deux obstacles ont été regroupés sous la même rubrique. Par contre, aucune solution possible n'a été mentionnée par les participants.

### ***3.2.2.1 Les connaissances et compétences acquises***

Les participants ont répondu que leur manque de connaissances et de compétences pour soutenir les familles de leurs clients ayant un trouble mental représente un obstacle à l'utilisation des PCF dans leur contexte de travail. Les extraits suivants en témoignent : « je n'ai pas de spécialité au niveau de l'enfance (participante 3) », « je suis l'intervenante de la personne, je ne suis pas l'intervenante de l'enfant, l'intervention avec les enfants je ne connais pas ça (intervenante 6) », ou encore « ce n'est pas mon champ d'intérêt principal (intervenante 5) ».

Il a été souligné par plusieurs participants qu'ils ne sont pas à l'aise avec l'évaluation de la sécurité de l'enfant et de l'impact du trouble mental des parents sur l'enfant. En ce sens, l'intervenante 3 explique :

Je ne saurais même pas quoi. Je n'ai pas eu des cas où est-ce que j'avais un doute, tu sais, je n'en avais pas. C'est sûr que si j'avais un client violent, j'aurais tendance [à évaluer la sécurité de l'enfant], mais là en même temps, je ne sais pas si je serais outillée pour déceler ça.

Ainsi, plusieurs des répondants mentionnent qu'ils manquent d'expertise pour soutenir leurs clients dans leur rôle parental, ou pour informer et accompagner les membres de la famille.

Parallèlement, un élément qui ressort suite à l'analyse qualitative est le fait que les participants rencontrés semblent ne pas comprendre en quoi consiste une ACF. À différents moments durant les entrevues, leurs extraits nous permettent de comprendre qu'ils associent les PCF à de l'intervention familiale. Par exemple, l'intervenante 3 mentionne : « C'est sûr que je ne fais pas de systémique ».

### ***3.2.2.2 L'attitude des intervenants à l'égard des PCF***

Suite à l'analyse qualitative, il a été possible de constater que les participants ont une attitude mitigée à l'égard de l'ACF ce qui représente un obstacle à l'utilisation des PCF. Selon plusieurs répondants, il peut être difficile de savoir comment et quand utiliser des PCF. Cet

extrait de l'entrevue de l'intervenante 5 souligne à quel point il peut être ardu pour un intervenant de préconiser ou non des PCF :

J'ai été formée que mon client c'est l'adulte et en l'aidant lui je l'aide à mieux gérer son enfant. Je trouve que c'est difficile quand je me rends compte justement qu'autant que j'y vais avec le souci pour le parent, veux, veux pas j'ai le souci pour les enfants aussi, mais je ne sens pas que c'est mon mandat, je ne sais pas où est la ligne.

Donc, les intervenants se questionnent concernant leur responsabilité à entreprendre les PCF.

Selon la majorité des participants, il ne semble pas avoir de lignes directrices claires concernant leur responsabilité à entreprendre de telles pratiques. À cet égard, l'intervenante 2 explique :

Oui, ce n'était pas super clair pour moi à quel point je devrais être directe en affirmant le besoin de vraiment procéder dans une certaine manière avec ses enfants [d'évaluer l'impact du trouble mental du parent sur son enfant]. Je pense que c'est ça ma réponse parce qu'en général je ne suis pas certaine à quel point c'est nécessairement ma responsabilité de vraiment cibler ces thèmes-là au niveau des enfants.

Également, un certain malaise des intervenants face à entreprendre les PCF a été perçu à travers l'analyse des différents verbatims comme le souligne cet extrait de l'entretien avec l'intervenante 5 :

Oui, tu vois les aspects un peu plus concrets [concernant la parentalité] je les aborde vers la fin une fois qu'on a fait un peu un tour sur les processus de la thérapie. Alors, vers la fin des sessions c'est là que je me permets d'avoir un peu plus le côté directif au niveau comportemental de travailler des choses. Il m'arrive de donner des outils aux parents et de proposer des références.

À cet égard, l'intervenante 3 explique :

Au niveau déontologique dans ma profession quand tu as un client [tu dois respecter] c'est quoi le mandat, c'est quoi qu'il te demande et pourquoi il consulte. Si je travaille l'anxiété [que l'objectif de la thérapie est la gestion de l'anxiété], je ne travaille pas le problème familial, je travaille [la gestion de] l'anxiété. C'est sûr que je vais faire certaines interventions pour qu'il y ait des changements dans le quotidien, ce qui affecte la famille.

Elle élabore plus tard dans l'entretien : « Si c'était quelqu'un qui disait, moi je veux améliorer mes relations familiales, je ne prendrais pas ce cas-là. Je le référerais au systémique à quelqu'un qui travaille là-dedans. » En ce sens, l'intervenante 5 mentionne :



S'il y avait eu quelque chose et que c'est assez gros pour que je pose des questions par souci pour l'enfant. Sinon, ça ne m'est pas arrivé, faudrait, je pense qu'il faudrait que ce soit gros. Ce que je trouve difficile, c'est qu'on apprend un peu que notre client c'est la personne, c'est l'adulte tu vois bon. Pis qu'il faut vraiment, qu'on se concentre là-dessus, faut qu'on ait vraiment une raison quand même assez grosse de croire qu'on pourrait, pour briser la confidentialité c'est ça.

Un autre exemple pertinent est celui-ci (extrait de l'intervenante 6) :

J'ai déjà rencontré les enfants, mais dans un contexte ou est-ce que moi, j'accompagnais maman pour un rendez-vous pour l'enfant. Donc ce n'était pas pour le parent, c'était pour accompagner mon usager, mon utilisateur à une rencontre avec les parents, comme tu sais une rencontre à l'école ou une rencontre dans un centre, mais moi je suis vraiment là pour le parent. Le parent qui va me demander (prénom de l'intervenante) j'aimerais ça que tu sois là, parce que je veux que tu retiennes des choses pis je ne veux pas être seul là-dedans.

Ainsi, selon la perception de certains intervenants, il ne serait pas approprié d'utiliser l'ACF dans le cadre de suivi auprès d'adultes.

### ***3.2.2.3 Craintes de briser l'alliance thérapeutique***

Un autre obstacle décrit par certains intervenants en lien avec l'utilisation des PCF est la crainte de briser l'alliance thérapeutique. La majorité des participants de l'étude mentionnent l'importance de créer une forte alliance thérapeutique avec leurs clients ainsi que leur crainte de briser ce lien de confiance en offrant de l'information ou du soutien aux différents membres de sa famille incluant ses enfants. L'intervenante 5 explique : « dans le lien thérapeutique, c'est ça, c'est le souci de briser complètement l'alliance ou de briser un certain lien de confiance qui fait que bien là elle ne m'en parlerait même plus de son enfant. » En ce sens, plusieurs professionnels parlent de leur souci envers leur manière de parler avec les clients usagers. La participante 4 relate : « Comme je te dis là, parce que ton lien de confiance, si tu y vas trop directement c'est sûr que tu vas le perdre là. » De ce fait, ils dévoilent l'importance de formuler leurs propos de manière à préserver l'alliance thérapeutique avec leur client. La professionnelle 5 dévoile : « mon inquiétude ce serait de briser le lien thérapeutique si je donne à la personne l'impression que : «

As-tu fait une bonne job avec ton enfant ? » Si je n'ai pas assez de gros indices, je ne vais pas aller nécessairement investiguer. » De surcroît, les professionnels révèlent qu'ils peuvent parfois se retrouver dans une position délicate dépendamment des situations. Par exemple, l'intervenante 5 explique :

Des fois, c'est des intervenants [de la DPJ] attirés, même si j'ai l'autorisation de communiquer légalement, ce n'est pas ça, mais c'est plutôt l'aspect éthique de si j'ai des inquiétudes moins majeures, est-ce que j'en parle, je risque d'affecter la garde de l'enfant, les conséquences sur le parent tout ça. C'est des questions éthiques qui ne sont pas faciles à naviguer.

Elle ajoute plus tard dans son entrevue : « c'est touchy en même temps tu ne voudrais pas faire en sorte que le parent ne vienne pas aux rencontres et qu'il arrête d'avoir des services non plus.

Parce que ça peut aller loin là. »

### **3.2.3 Obstacles liés aux clients**

Le troisième niveau de la pyramide des obstacles à l'implantation des PCF et des solutions possibles représente les *facteurs liés aux clients*. En effet, il y a 3 obstacles associés à ce niveau, soit 1) la sévérité des symptômes du client, 2) le manque de collaboration des parents et 3) le manque de connaissances des clients usagers à propos de l'impact de leur trouble mental sur leurs enfants. Les deux premiers types d'obstacles ont été décrits par les participants. De plus, une solution possible a été nommée par les répondants : la capacité d'engagement des clients usagers face à leur suivi ainsi que leur capacité à identifier leurs besoins.

#### ***3.2.3.1 La sévérité des symptômes du client***

En réponse à la question sur *les obstacles et les solutions possibles liés au client*, quelques répondants ont mentionné qu'un obstacle à l'utilisation des PCF est la sévérité des symptômes affectant le niveau de fonctionnement et entraînant l'incapacité émotionnelle de leur client à collaborer. En effet, selon les intervenants interrogés la souffrance psychologique trop

intense d'un parent usager peut faire en sorte qu'ils ne pourront pas préconiser une ACF.

Notamment, l'intervenante 6 explique :

Qu'est-ce qui est difficile des fois c'est quand la personne justement n'est pas stable aussi. Ça m'est déjà arrivé d'être dans des dossiers ou est-ce que ça pris un an avant que la personne soit stable. J'ai l'impression que je pédale et que je ne suis pas dans le même rythme que la personne. Je vais me sentir épuisée d'essayer d'aider quelqu'un, mais des fois c'est ça, elle n'est pas assez stable.

De ce fait, plusieurs répondants révèlent leur difficulté d'intervenir auprès de cette clientèle. La même professionnelle ajoute durant son entretien :

Mais des fois ça prend du temps avant de se rendre là, donc ce qui est difficile, c'est ça, c'est d'atteindre la stabilité pis la disposition de la personne à te faire confiance d'embarquer dans tes choses aussi. Donc de dire ok tu as essayé dix fois, mais c'est peut-être la onzième fois qui va marcher. Ça là, essayer de susciter l'espoir à quelqu'un (intervenante 6).

Donc, il a été souligné par certains professionnels qu'ils vont préconiser des interventions visant à stabiliser un individu avant d'utiliser une ACF.

### **3.2.3.2 La collaboration du client**

Certains intervenants ont répondu qu'un autre obstacle considérable à l'utilisation des PCF est le refus de la part de leur client d'inclure les membres de sa famille dans les rencontres de suivi. En ce sens, l'intervenant 1 mentionne ceci :

Et probablement qu'il y a plus de chance à ce moment-là que ce soit oui, on amène les membres de la famille. Parce que si le client est rendu à me demander ça [qu'un membre de sa famille participe à une rencontre], ben c'est qu'il se sent prêt à ce qu'on aille là. Donc pour moi ça me semble central [que le client accepte qu'un membre de sa famille assiste à la rencontre].

Ainsi, il est nommé par plusieurs professionnels qu'ils évaluent la qualité des liens avec les membres de la famille et ils jugent de la pertinence d'inclure certains membres de la famille. À cet égard, l'intervenant 1 indique :

Je pense qu'il y a des contextes où je le suis moins c'est si par exemple je sens que pour mon client de se montrer vulnérable devant ce membre de la famille là, ça va venir

accentuer ses difficultés à ce moment-là, ça va venir accentuer son trouble. Donc là c'est sûr que pour moi c'est plus une contre-indication.

Ainsi, la qualité moindre des liens des membres de la famille peut rendre difficile l'utilisation de PCF. À l'inverse, lorsque les intervenants évaluent positivement la qualité des liens avec les membres de la famille de leurs clients, il est plus probable qu'ils préconiseront une ACF. Par exemple, l'intervenante 5 mentionne lors de son entrevue :

Je dirais quand le client le souhaite, quand le client fait confiance à des membres de sa famille. Je l'ai [inviter un membre de la famille à une rencontre] proposé une fois avec une cliente que son conjoint était supportant très aidant, s'il y avait mieux quelque chose qu'elle avait besoin de travailler avec lui, sans faire de thérapie de couple parce que mon client c'est vraiment elle, mais juste pour une session.

### ***3.2.3.3 La capacité d'engagement***

Le niveau d'engagement des clients usagers face à leur suivi ainsi que leur capacité à identifier leurs besoins ont été identifiés par les participants comme pouvant favoriser l'utilisation d'une ACF. Cet extrait de l'entrevue de l'intervenant 1 illustre bien ce point :

Donc, peut-être d'une façon un peu plus claire, je pense que si on prenait deux mères qui sont dépressives ben il pourrait y avoir une mère que ça l'a de grandes conséquences sur ses enfants pis il y aurait une autre mère que ça en aurait moins ou pratiquement pas de par sa façon de prendre conscience de ses difficultés, de s'entourer, d'arriver à aller chercher des ressources dans la situation (intervenant 1).

Ainsi, il est soulevé par certains intervenants que le fait que le parent usager ait des stratégies d'adaptation efficaces lui permettant d'aller chercher du soutien et des ressources favorise l'utilisation des PCF. Également, il a été précisé par l'intervenante 5 qu'il est beaucoup plus facile de préconiser des PCF lorsque le client aborde avoir des difficultés à accomplir son rôle parental et demande du soutien par rapport à celui-ci :

Il y a des clients qui peuvent être plus ouverts à recevoir de l'aide et qui vont le mentionner eux-mêmes. C'est aidant ce n'est pas le même sentiment de risquer la relation thérapeutique si à la base c'est plus facile quand le client lui-même apporte c'est plus difficile avec mon enfant, j'ai tels défis je ne sais pas quoi faire.

Donc, d'après quelques intervenants, le niveau d'engagement du parent usager ainsi que sa capacité à identifier ses besoins par rapport aux services offerts favorise l'utilisation des PCF.

### **3.2.4 Obstacles liés aux enfants et autres membres de la famille**

Le quatrième niveau de la pyramide des obstacles à l'implantation des PCF et des solutions possibles représente les *facteurs liés aux enfants et autres membres de la famille*. Dans ce niveau, il y a 2 obstacles soit, 1) le manque de collaboration des membres de la famille et 2) le manque de ressources pour s'investir. Le premier obstacle nommé ci-haut a été décrit par les répondants. Aucune solution possible n'a été nommée en lien avec ce niveau de la pyramide.

#### ***3.2.4.1 Le manque de collaboration des membres de la famille***

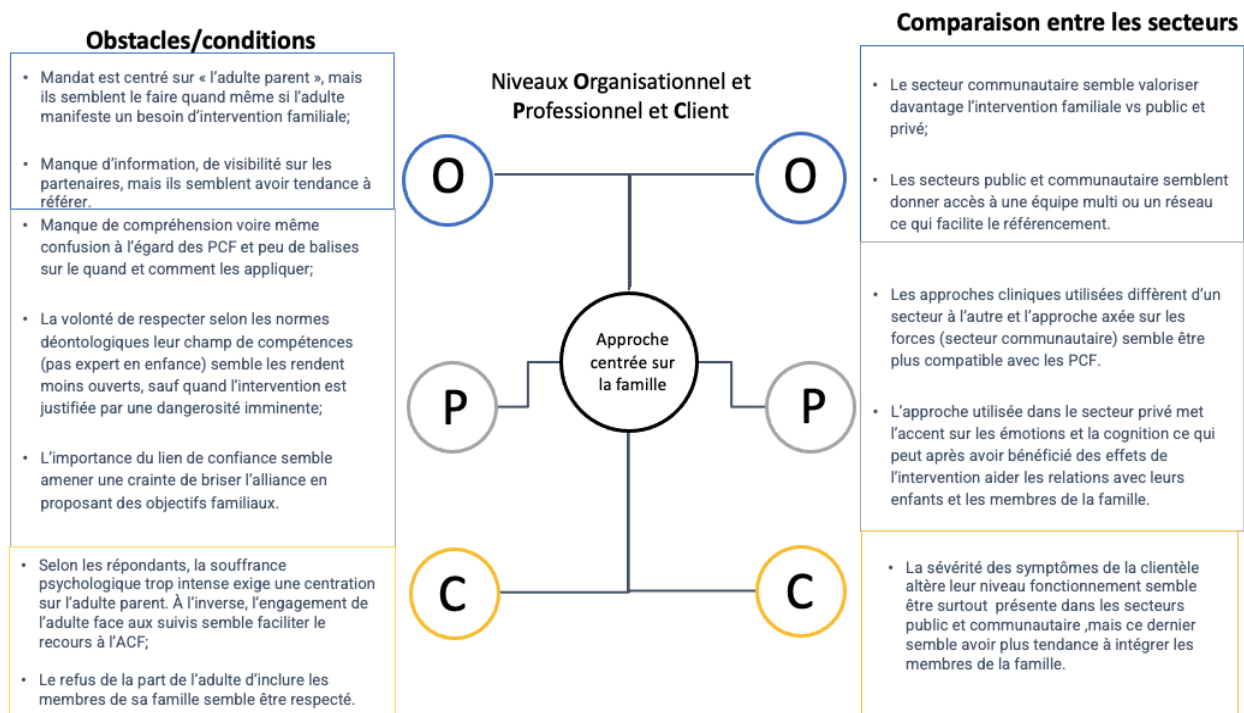
Lorsque la question portant sur *les obstacles et les solutions possibles à l'utilisation des PCF* est posée, les participants nomment comme obstacle le manque d'engagement des enfants ou des autres membres de la famille du client usager, voire même leur refus de participer aux services. Quelques participants expliquent qu'il peut arriver que les membres de la famille de leur client refusent de venir en rencontre et de participer au processus thérapeutique. À titre d'exemple, l'intervenante 3 mentionne lors de son entrevue : « son fils ça été un refus catégorique. Non, je ne vais pas en thérapie. » Dans la même optique, l'intervenante 6 dévoile :

Ben des fois la famille, mettons que tu me parles genre, quand il y a une garde partagée, si l'autre personne [l'ex-conjoint], il y avait un dossier justement que la personne [l'ex-conjoint] ne voulait pas nécessairement nous rencontrer. Elle ne voyait pas qu'il y avait un problème au niveau de la dynamique familiale donc oui on fait des interventions de notre côté avec la personne, mais dès que ça devait être transposé avec l'autre là, il n'y avait pas de concordance. C'était difficile parce qu'on avait l'impression que l'autre personne ne voyait pas la même situation comme nous on la voyait tu sais.

La professionnelle 6 ajoute plus tard dans son entretien : « le défi d’avoir un partenariat solide avec le reste de la famille aussi c’est quelque chose. » En résumé, un obstacle à l’utilisation des PCF est le refus de la part des membres de la famille de collaborer.

Il est intéressant de constater que les obstacles mentionnés peuvent être modulés en fonction des secteurs et approches cliniques adoptées par les participants. La figure 4 illustre une représentation graphique des obstacles à l’utilisation des PCF rapportés par les participants et l’analyse comparative.

Figure 4. Les obstacles à l’utilisation des PCF et analyse comparative



#### 4.1 Discussion

La présente étude avait comme objectif général de documenter les PCF des intervenants qui assurent un suivi auprès de parents ayant un trouble mental. Les informations recueillies auprès des six répondants ont permis d’établir un portrait des PCF utilisées dans le cadre de leur

pratique. Cette étude qualitative permet de faire ressortir certains constats quant à la nature des PCF ainsi qu'aux obstacles et solutions possibles pouvant survenir lors de leur utilisation. La discussion a été organisée en réponse aux deux objectifs spécifiques. De plus, les forces, les limites de l'étude ainsi que les pistes futures pour la recherche seront présentées.

#### **4.1.1 Objectif 1 : Rendre compte des pratiques professionnelles des répondants**

Le premier constat qui émerge de l'analyse qualitative des données est que la majorité des répondants semble appliquer certaines des PCF. Or, aucun des intervenants interrogés à propos des suivis qu'ils font auprès de leurs clients ne mentionne explicitement utiliser l'ACF ou encore la volonté de cibler le processus de transmission intergénérationnelle des troubles mentaux. Ainsi, les résultats vont dans le sens de la première hypothèse de cette étude qui stipule que les professionnels interrogés utilisent peu les PCF. De plus, bien que certaines PCF soient nommées, l'ACF de même que ses objectifs qui sont la prévention de la transmission intergénérationnelle des troubles mentaux ou le rétablissement des clients semblent être méconnues par les participants. D'ailleurs, cette approche est parfois confondue avec le modèle d'intervention familiale systémique.

Le deuxième constat qui ressort de l'analyse des résultats est que l'utilisation des PCF, c'est-à-dire le nombre de PCF par niveau de la pyramide des soins familiaux allant d'une intensité moindre (1) à plus forte (5), varierait en fonction de trois conditions, soit : le mandat perçu des intervenants, l'approche clinique utilisée et la sévérité de la symptomatologie de même que son impact sur le fonctionnement global du client. En d'autres termes, les répondants utiliseraient plus ou moins une ACF selon le contexte d'intervention dans lequel la pratique est utilisée. Plus précisément, les résultats indiquent que lorsque le mandat ainsi que la vision clinique du milieu de travail où les intervenants travaillent concordent avec les principes de

l'ACF ceux-ci vont davantage utiliser les PCF. En effet, selon notre analyse, l'intervenante du secteur communautaire est celle parmi tous les répondants qui nomment utiliser le plus de PCF. Notamment, elle est la seule qui a identifié certaines PCF comme l'éducation générale, rencontrer les membres de la famille et les soutenir à communiquer. Ainsi, une hypothèse plausible expliquant ce résultat est que leur mandat ainsi que la structure et/ou la vision préconisée par l'organisme communautaire favoriserait l'utilisation des PCF. D'ailleurs, ce résultat concorde avec ce qui ressort de la revue systématique de la littérature menée en 2009 par Maybery et Reupert et aussi celle réalisée par Shah-Awar et ses collègues en 2019, soit que la direction d'un organisme où travaillent des intervenants qui soutient les interventions relatives à l'ACF représente une condition de réussite (Maybery et Reupert, 2009; Shah-Anwar et al., 2019). De surcroît, d'après les articles scientifiques consultés pour la recension des écrits, il n'y avait pas d'autres études qualitatives qui s'intéressaient aux différences quant à l'utilisation des PCF en fonction des différents secteurs (privés, publics et communautaire) ce qui est aussi une contribution au niveau des connaissances liées à l'ACF, à ses obstacles et à ses pistes de solution.

Pour ce qui est de l'approche clinique privilégiée par les intervenants, ce même principe pourrait être appliqué. Tel que mentionné ci-haut, l'intervenante qui utilisent davantage les PCF se rapportant aux différents niveaux (1 à 5) de la pyramide des soins familiaux est aussi celle œuvrant dans le milieu communautaire. Plus précisément, cette intervenante mentionne adopter l'approche axée sur l'identification des forces qui vise le rétablissement de la personne en misant sur le soutien social. Cela peut s'expliquer par le fait que cette approche est plus compatible avec l'ACF. En effet, de par sa formation clinique reçue, elle est plus encline que les autres répondants à réaliser certaines pratiques comme rencontrer les membres de la famille, offrir de l'information pertinente aux membres de la famille et soutenir les membres de la famille à communiquer. Cette condition qui relie l'approche clinique et le recours aux PCF a également été rapportée dans



l'étude réalisée par Maybery et ses collègues (2014). Selon cette étude réalisée auprès de 307 participants pratiquant des professions différentes notamment des travailleurs sociaux, des infirmiers et des psychologues provenant de 10 départements différents, il y aurait des différences significatives rapportées entre les différents groupes de professionnels en ce qui a trait à l'utilisation des PCF (Maybery et al., 2014). En effet, les travailleurs sociaux œuvrant en santé mentale adulte utiliseraient davantage les PCF que les psychologues et les infirmiers (Maybery et al., 2014). De plus, d'après cette même étude, les travailleurs sociaux se percevaient plus compétents que les psychologues et les infirmiers à travailler auprès des familles et à évaluer l'impact du trouble mental du parent auprès des différents membres de sa famille (Maybery et al., 2014). Ces résultats ont été également corroborés par plusieurs études, dont une qui a récemment été réalisée au Québec auprès de 380 intervenants québécois (Piché et al., 2023; Skogov et al., 2019; Tungpunkom et al., 2017). En s'intéressant aux secteurs de pratique plutôt qu'aux professions, notre étude met en évidence que le contexte d'intervention favorise ou non l'utilisation de l'ACF au-delà de la profession.

En ce qui concerne la sévérité de la symptomatologie, un dernier constat se rapporte à une PCF mentionnée par la majorité des répondants qui consiste à évaluer les risques potentiels pour la sécurité des enfants de leur client. Effectivement, lorsque la symptomatologie et les conséquences du trouble mental du parent sur sa famille sont sévères et importantes les répondants révèlent procéder de manière plus systématique à une évaluation des risques potentiels pour la sécurité des enfants. Or, il se trouve que les intervenants québécois ont l'obligation d'intervenir auprès des enfants s'ils jugent que leur sécurité est en jeu. Effectivement, cela est encadré par des lois les obligeant à signaler à la DPJ.

Cette obligation légale qui incite les intervenants à évaluer les risques pour les enfants mène à l'hypothèse qu'avec plus d'encadrement et de soutien, il serait possible de renforcer

l'utilisation des PCF. Par exemple, certains pays ont mis en place des initiatives pour soutenir les intervenants à utiliser ces pratiques, comme 1) la création de loi visant l'obligation des professionnels œuvrant auprès d'adultes aux prises d'un trouble mental d'identifier s'ils ont des enfants et de les référer à des services répondant à leurs besoins 2) une formation offerte concernant l'ACF aux différents professionnels de la santé œuvrant auprès des familles vulnérables 3) l'offre de programme à visée préventive 4) la coordination des services offerts à la famille (Falkov et al., 2016). Au Québec, il y a récemment l'ajout de recommandations gouvernementales dans les services en santé mentale adulte favorisant le soutien aux enfants et aux familles de parents ayant un trouble mental. Il est souligné dans le plan d'action en santé mentale proposé par le gouvernement du Québec qu'il est primordial de favoriser les capacités de résilience des jeunes de parent atteint d'un trouble mental qui font face à l'adversité (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2022). Ainsi, il est possible de constater qu'au cours des dernières années, les PCF sont davantage soutenus par le gouvernement du Québec. Plusieurs recommandations ont été déposées dans le rapport de la commission Laurent (sur le droit des enfants et de la protection de la jeunesse) comme la réécriture simplifiée de la loi sur la protection de la jeunesse, renforcer le droit des enfants aux soins de santé, renforcer le soutien offert aux familles en CLSC, financer les organismes communautaires, etc... (Gouvernement du Québec, 2021). De plus, depuis quelques années, il y a des programmes d'interventions à visée préventive qui sont offerts aux familles vulnérables dans différentes régions du Québec (Belleau, 2020; Desrosiers et al., 2019; Ounis et Kurdi, 2013; Piché et al., 2022). Ainsi, il est possible de constater que certaines initiatives sont prises par différents acteurs afin de faciliter l'adoption de l'ACF au Québec, mais qu'un encadrement et un soutien plus important serait à prioriser afin que l'adoption de l'AFC soit réalisée de manière plus systématique.

#### **4.1.2 Objectif 2 : Dresser un portrait des obstacles et des solutions possibles liés à l'utilisation des PCF**

Le principal constat qui ressort suite à l'analyse qualitative réalisée lors de cette étude est que lorsque les répondants sont questionnés sur les obstacles et les solutions possibles, ceux mentionnés sont les mêmes que ceux connus issus des quatre niveaux de la pyramide des obstacles à l'implantation des PCF et des solutions possibles de Maybery et Reupert (2009) et de la littérature scientifique portant sur ce sujet va dans le sens de la deuxième hypothèse de cette présente étude.

En ce qui a trait aux obstacles liés au niveau organisationnel, un obstacle rapporté par certains des participants est le manque d'information, de visibilité, de précisions concernant les références vers les services offerts aux familles en plus d'un manque d'accessibilité aux services spécialisés. En ce sens, ces conditions peuvent faire en sorte qu'il est plus difficile pour les intervenants de référer leurs clients ainsi que leurs familles vers des services appropriés à leurs besoins. À cela s'ajoute, parfois, l'accès difficile aux services en santé mentale au Québec (Sanchez-Meza et al., 2021). Ces résultats sont aussi corroborés par d'autres études (Lauritzen et Reedtz, 2016 ; Maybery et Reupert, 2006 ; Maybery et Reupert, 2009 ; Van doesum et Hosman, 2009) qui soulèvent des difficultés au niveau des liaisons entre les services de la protection de la jeunesse et des services offerts aux adultes aux prises avec des troubles mentaux. À cet égard, l'étude menée par Lauritzen et Reedtz (2016) auprès de 185 professionnels travaillant dans des hôpitaux norvégiens souligne une insécurité de la part des intervenants pratiquants en santé mentale adulte de collaborer avec les services de protection à l'enfance. Les auteurs expliquent leurs craintes par le manque de connaissance des intervenants à propos des services offerts par les services de la protection de la jeunesse (Lauritzen et Reedtz, 2016). Ils soulignent aussi que les intervenants semblent posséder des connaissances inadéquates quant à leur obligation

professionnelle en lien avec les signalements en cas d'abus ou de négligence faite aux enfants (Lauritzen et Reedtz, 2016). Dans le même sens, plusieurs de nos participants ont aussi révélé avoir une réticence à collaborer avec la DPJ et avoir un manque d'information par rapport aux procédures et services offerts par cette dernière. De plus, une solution possible liée aux obstacles du niveau organisationnel qui a été identifiée dans cette présente étude est le soutien de la part de l'organisation pour laquelle travaille l'intervenant à utiliser les PCF. Cette solution possible est également ressortie dans deux revues systématiques de la littérature (Maybery et Reupert, 2009; Shah-Anwar et al., 2019).

En ce qui a trait aux obstacles liés aux professionnels, un obstacle qui a été identifié dans cette présente étude est l'attitude mitigée à l'égard de l'ACF qui semble s'expliquer par le fait que leur mandat premier est d'intervenir auprès de leur client en tant qu'adulte selon leurs besoins prioritaires. À cet égard, il est possible de constater qu'une vision de travail qui semble être partagée par tous les participants est qu'il est préférable de miser sur un traitement individuel des adultes ce qui ne correspond pas nécessairement aux principes de l'ACF. À notre avis, cet obstacle pourrait très bien faire partie des obstacles liés au niveau organisationnel et des obstacles liés aux professionnels parce qu'en effet les répondants ne semblaient pas avoir une bonne compréhension de l'utilisation des PCF. D'un autre côté, il semblerait que les services offerts en santé mentale au Québec soient organisés en faveur des traitements individuels.

Ainsi, la mauvaise compréhension de l'ACF des répondants semblent être, selon nos analyses, un élément considérable qui a un impact sur comment les PCF sont utilisées par les intervenants. Par exemple, ils expliquent que ce n'est pas leur responsabilité d'intervenir auprès des membres de la famille de leur client incluant leurs enfants. Certains pensent qu'effectuer une intervention qui ne répondrait pas au besoin évoqué par leur client, ou qui ne rejoindrait pas leurs compétences pourrait représenter un enjeu éthique. Ainsi, les répondants semblaient être mal à

l'aise à réaliser des interventions auprès des membres de la famille de leur client ou en lien avec la parentalité de leur client. Cet obstacle a été également identifié dans d'autres études utilisant des méthodologies différentes (étude qualitative versus étude avec un devis mixte et versus revue systématique de la littérature) (Korhonen et al., 2007 ; Maybery et Reupert, 2006 ; Maybery et Reupert, 2009). Tous ces auteurs mettent en lumière le besoin imminent des intervenants œuvrant auprès des adultes à recevoir de la formation relative au soutien à la parentalité, aux interventions faites auprès des familles et des enfants (Korhonen et al., 2007 ; Maybery et Reupert, 2006 ; Maybery et Reupert, 2009). Ainsi, certains groupes d'intervenants comme par exemple les intervenants œuvrant en santé mentale adulte seraient à prioriser en ce qui a trait à l'offre de formation de l'ACF.

De plus, une autre mauvaise compréhension liée à l'ACF et qui semble être partagée par plusieurs intervenants est qu'il faut d'abord préconiser des interventions visant à stabiliser le client avant d'utiliser une ACF. Or, en réalité de nombreux écrits mettent en lumière comment l'ACF peut justement permettre de favoriser la stabilisation de la personne (Pitscher-Walz et al., 2001). De surcroît, les participants ont répondu que leur manque de connaissances et de compétences afin d'utiliser les PCF représente un obstacle à l'utilisation de ces pratiques dans leur contexte de travail ce qui est également identifié dans d'autres études (Gregg et al., 2021; Korhonen et al., 2007; Maybery et Reupert, 2006; Maybery et Reupert, 2009; Reupert et al., 2015; Van doesum et hosman, 2009). En effet, tous les répondants ont mentionné qu'ils n'étaient pas à l'aise de réaliser des interventions auprès de la famille de leurs clients incluant leurs enfants. La plus récente étude consultée au sujet des obstacles et des solutions possibles liés à l'utilisation des PCF est en fait la recension systématique de la littérature réalisée par Gregg et ses collègues (2021). Cette recension est particulièrement intéressante, car elle met en lumière le rôle central que peuvent jouer les croyances, l'attitude ainsi que la perception de leur compétence

des intervenants par rapport à l'utilisation de l'ACF (Gregg et al.,2021). Il est possible de constater que notre étude va également en ce sens. Les obstacles liés aux professionnels semblent être un défi assez central quant à l'utilisation d'une ACF au Québec.

En rapport avec les obstacles liés aux clients des répondants, un des obstacles qui a été identifié par les participants est la sévérité des symptômes affectant le niveau de fonctionnement et entraînant l'incapacité émotionnelle de leur client à collaborer avec l'intervenant. À l'inverse, une solution possible qui a été mentionnée par les répondants est la capacité de leurs clients à identifier leurs besoins et à la collaboration. En effet, cet obstacle a été également identifié dans l'étude menée par Maybery et Reupert (2009) qui mentionne que les parents usagers peuvent être trop préoccupés par leurs propres besoins pour que l'intervenant adresse les besoins des autres membres de la famille. À cela s'ajoute parfois une réticence voire même un refus du parent usager à discuter de sa parentalité par crainte que les services de la protection de la jeunesse soient contactés ce qui a aussi été démontré dans l'étude menée par Maybery et Reupert (2009).

Enfin, en ce qui concerne les obstacles liés aux membres de la famille des clients, un obstacle identifié par les participants est le manque d'engagement des membres de la famille du client usager, voire même leur refus de participer aux services. En effet, cet obstacle a également été relevé dans plusieurs études (Maybery et Reupert, 2006 ; Maybery et Reupert, 2009 ; Vandoesum et al., 2016 ; Power et al., 2015).

#### **4.2 Forces et limites de l'étude**

Cette étude comporte plusieurs forces. Premièrement, la principale force est liée à son devis qualitatif qui permet une compréhension plus approfondie d'un phénomène (Busetto et al., 2020). En effet, les PCF et les obstacles et les solutions possibles à leur utilisation ont été peu documentés dans le contexte québécois, alors il était pertinent d'explorer ce phénomène dans un

premier temps de manière qualitative (Busetto et al., 2020). Ce faisant, l'étude a donné accès à des informations à propos de comment l'ACF et les PCF peuvent être utilisées, en contexte québécois, tout en se référant à deux modèles théoriques donnant des balises pour interroger les participants et analyser les résultats obtenus. En d'autres termes, les données qualitatives s'avèrent essentielles afin d'avoir un portrait juste des PCF des intervenants.

Deuxièmement, une autre force de cette présente étude est le fait de s'être attardé à explorer les discours de professionnels provenant de différents secteurs. En effet, lors de l'analyse qualitative, le contenu des discours des répondants a été comparé en fonction des secteurs de pratique (privé, public et communautaire). Il nous a ainsi été possible de mieux comprendre les conditions qui facilitaient l'utilisation des PCF.

Comme dans toutes les études, des limites sont à prendre en considération lors de l'interprétation des résultats. La première limite de l'étude concerne la validité externe qui est faible, et qui représente une limite inhérente aux devis qualitatifs (Busetto et al., 2020). En ce sens, le contenu rapporté par les participants ne peut pas être interprété comme étant une vérification d'hypothèses préétablies malgré le fait que des modèles théoriques aient été utilisés, mais plutôt comme une description de la manière d'utiliser l'ACF par un nombre limité d'intervenants. De plus, il est important de préciser que le recrutement des participants a été réalisé dans un contexte particulièrement difficile. En effet, durant cette période, il y avait de nombreuses restrictions liées à la pandémie (p.ex., le télétravail). Ainsi, seulement 6 répondants ont accepté de participer à l'étude. D'ailleurs, afin d'obtenir un plus grand nombre de participants, des étudiants ont été inclus dans notre étude. Dans la même optique, il faut tenir en compte du nombre de participants par milieu de pratique qui ne représenterait pas la proportion réelle de la population des intervenants à travers le Québec. De surcroît, il pourrait y avoir des variations en fonction des différentes régions du Québec ou encore en lien avec la formation et la

profession des intervenants. Toutefois, étant donné la visée descriptive de l'étude, l'enjeu de la validité externe demeure acceptable. À cet égard, des études futures pourraient être réalisées afin de confirmer les résultats obtenus avec cette présente étude.

La seconde limite associée à cette étude se rapporte à la possibilité d'un biais personnel des chercheurs en faveur de l'ACF qui peut avoir influencé le déroulement des différentes étapes de la recherche (p.ex., réalisation des entrevues, analyses). Afin de minimiser ce biais, une procédure systématique de codage des données a été réalisée en plus de l'utilisation de cadres théoriques (Miles et al., 2014). Cependant, le fait d'avoir utilisé deux cadres théoriques pour élaborer le guide d'entrevue peut avoir induit que les participants utilisent déjà cette approche, alors que cela pourrait ne pas être le cas. Il est intéressant de constater que les études qualitatives de type phénoménologique montrent également que les participants.es utilisent peu l'ACF.

La troisième limite de cette recherche est en lien avec le biais du volontaire. Effectivement, il est possible que les intervenants se portant volontaires pour se faire interviewer aient des caractéristiques particulières. Par exemple, ceux-ci pourraient être davantage intéressés par les PCF ou l'intervention auprès des enfants. Cela fait en sorte qu'ils ne représenteraient pas de manière juste les intervenants québécois pratiquant dans le milieu en santé mentale adulte.

### **4.3 Pistes futures**

Plusieurs pistes de recherches futures peuvent être générées à partir de cette étude afin de permettre l'avancement des connaissances concernant l'utilisation des PCF au Québec. D'une part, il serait pertinent de reproduire cette même étude, mais avec des intervenants ayant d'autres professions et provenant d'autres régions du Québec. Cela permettrait de vérifier si les intervenants des différentes régions du Québec et selon les professions ou milieux de pratique travaillent dans les mêmes conditions et si certaines PCF divergent d'une région à une autre et/ou



selon les professions. Parallèlement, cela permettrait d'explorer les divergences quant aux défis d'interventions liés à l'utilisation des PCF des intervenants des diverses régions du Québec et selon les différentes professions. En effet, à la lumière des résultats de cette présente étude, il est possible de supposer que les intervenants œuvrant dans des milieux qui offrent davantage de soutien et de formation envers la prise en compte de la famille dans les interventions auprès des parents les appliqueront davantage que les autres qui n'ont pas d'encadrement dans leur établissement.

D'autre part, il serait utile de connaître l'avis des autres acteurs impliqués dans le processus d'utilisation de PCF. En effet, dans cette présente étude, il a été question de l'avis des intervenants en ce qui a trait à leur suivi réalisé auprès de clients. Toutefois, il aurait été pertinent d'explorer le point de vue des parents usagers aux prises avec un trouble mental en plus de celui des gestionnaires des CISSS et des autres milieux de pratiques. Cela permettrait d'en connaître davantage sur l'ouverture des parents aux PCF et aux potentiels défis d'intervention. De même, l'opinion des gestionnaires des CISSS et des autres milieux de pratique serait utile afin d'en apprendre davantage sur les défis d'interventions liés plus précisément à la structure organisationnelle des CISSS ainsi que des autres milieux de pratique. D'autre part, il serait également intéressant d'évaluer si les résultats de cette étude seraient généralisables à plus grande échelle et avec un devis de recherche différent (quantitatif).

#### **4.4 Conclusion**

Les PCF s'avèrent être des interventions efficaces afin de réduire le risque de la transmission intergénérationnelle des troubles mentaux et aussi de permettre le rétablissement d'adultes aux prises avec un trouble mental. Cette présente étude a permis de 1) dresser un portrait des PCF réalisées par des intervenants au et 2) d'identifier les obstacles et pistes

possibles à l'utilisation des PCF. À notre connaissance, il n'y pas de lois qui existent au Québec concernant l'obligation des professionnels œuvrant auprès d'adultes en santé mentale d'identifier si ces derniers ont des enfants et de les référer à des services répondant à leurs besoins. De surcroît, il n'y a pas de formation portant précisément sur l'utilisation des PCF qui est offerte au Québec. Or, il existe dépendamment des régions certains programmes d'interventions à visée préventive s'adressant aux enfants de parents atteints de troubles mentaux (Belleau, 2020; Desrosiers et al., 2019; Ounis et Kurdi, 2013; Piché et al., 2022). Cependant, en ce qui a trait à la coordination des services offerts à la population québécoise, cela semble assez limité vu la vision clinique du travail en silo en plus de la difficulté actuelle de l'accès aux services offerts dans le réseau de la santé et des services sociaux (Sanchez-Meza et al., 2021). Pourtant, une hypothèse plausible est qu'avec plus de mesures de soutien aux intervenants en santé mentale adulte, les PCF seraient davantage utilisées en respectant l'ensemble des niveaux d'intensité proposés dans la pyramide des soins familiaux. D'ailleurs, les deux modèles théoriques utilisés dans cette étude, c'est-à-dire la pyramide des soins familiaux (Mottaghipour et Bickerton, 2005) et la pyramide des obstacles à l'implantation des PCF et des solutions possibles (Maybery et Reupert, 2009) avaient ultimement comme objectif de guider l'utilisation des PCF.

Puisque les intervenants utilisent déjà certaines PCF assez fréquemment, comme le référencement vers des ressources appropriées aux besoins des clients ainsi que de leur famille, il serait réellement possible de promouvoir et d'utiliser les PCF en contexte d'intervention auprès des adultes aux prises avec un trouble mental en renforçant le mandat d'intervention et en offrant de la formation.

## Références

- Agence de la santé publique du Canada. (2015,mai). *Rapport du système canadien de surveillance des maladies chroniques : Les maladies mentales au Canada, 2015* (publication no HP35-56/2015F-PDF). <https://www.canada.ca/content/dam/canada/health-canada/migration/healthy-canadians/publications/diseases-conditions-maladies-affections/mental-illness-2015-maladies-mentales/alt/mental-illness-2015-maladies-mentales-fra.pdf>
- Aktar, E., Nikolić, M., Bögels, S, M. (2017). Environmental transmission of generalized anxiety disorder from parents to children: worries, experiential avoidance, and intolerance of uncertainty. *Dialogues Clin Neuroscience*.19(2),137-147.  
<https://doi.org/10.31887/DCNS.2017.19.2/eaktar>
- American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5 : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (traduit par J.-D. Guelfi et M.-A. Crocq; 5<sup>e</sup> éd.). Elsevier Health Sciences.
- Bassani, G. D., Padoin, V. C., Philipp, D., et Veldhuizen, S. (2009). Estimating the number of children exposed to parental psychiatric disorders through a national health. *Child and adolescent Psychiatry and mental health*, 3(6), 1-7. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-3-6>
- Beardslee, R. W., Gladstone, R. G., et O'Connor, E. E. (2011). Transmission and prevention of mood disorders among children of affectively III parents: A review. *Journal of the American academy of child & adolescent psychiatry*, 50(11), 1098-1109. <https://doi:10.1016/j.jaac.2011.07.020>.
- Belleau, J. (2020). Ces jeunes ayant un proche vivant avec un trouble mental. *Quintessence : l'accès au savoir en santé mentale populationnelle*, 11 (2).

- Berg-Nielsen, T. S., Vikan, A., et Dahl, A. (2002). Parenting related to child and parent psychopathology. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 7(4), 529-552.  
<https://doi:10.1177/1359104502007004006>
- Bloom, D. E., Cafiero, E. T., Jané-Llopis, E., Abrahams-Gessel, S., Bloom, L. R., Fathima, S., Feigl, A. B., Gaziano, T., Mowafi, M., Pandya, A., Prettner, K., Rosenberg, L., Seligman, B., Stein, A. Z., et Weinstein, C. (2011). *The Global Economic Burden of Noncommunicable Diseases*. World Economic Forum.
- 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
- Boily, M., Tremblay, G., St-Onge, M., et Néon, N. (2016). Déterminants sociaux de la santé et exercice de la parentalité : regard sur le vécu des parents ayant un trouble mental. *Intervention*, 143, 85-101.
- Busetto, L., Wick, W., et Gumbinger, C. (2020). How to use and assess qualitative research methods. *Neurological Research and practice*, 2, 1-10. <https://doi.org/10.1186/s42466-020-00059-z>
- Butterworth, P., et Rodgers, B. (2008). Mental health problems and marital disruption: is it the combination of husbands and wives' mental health problems that predicts later divorce?. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 43(9), 758-763.  
<https://doi:10.1007/s00127-008-0366-5>
- Carrière, M., Clément, M., Tétréault, 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.

- Clément, M.-È., Piché, G., et Villatte, A. (2022). Symptômes dépressifs vécus par les parents dans la population générale: État des travaux québécois et canadiens. *Revue canadienne des sciences du comportement*, 54(2), 107–120. <https://doi.org/10.1037/cbs0000298>
- Compas, B. E., Champion, J. E., Forehand, R., Cole, D. A., Reeslund, K. L., Fear, J., Hardcastle, E. J., Keller, G, Rakow, A, Garai, E, Merchant, M. J., Roberts, L. (2010). Coping and parenting: Mediators of 12 month outcomes of a family group cognitive-behavioral preventive intervention with families of depressed parents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(5), 623-634. <https://doi:10.1037/a0020459>
- Cummings, E. M. et Davies, P. T. (2002). Effects of marital conflict on children: Recent advances and emerging themes in process-oriented research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43, 31-63.
- Cummings, M. E., Keller, P. S., et Davies, P. T. (2005). Towards a family process model of maternal and paternal depressive symptoms: Exploring multiple relations with child and family functioning. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(5), 479-489. [https://doi: 10.1111/j.1469-7610.2004.00368.x](https://doi:10.1111/j.1469-7610.2004.00368.x)
- Dean, K., Stevens, H., Mortensen, P. B., Murray, R. M., Walsh, E., et Pedersen, C. B. (2010). Full spectrum of psychiatric outcomes among offspring with parental history of mental disorder. *Archives of General Psychiatry*, 67(8), 822-829. [https://doi : 10.1001/archgenpsychiatry.2010.86](https://doi:10.1001/archgenpsychiatry.2010.86)
- Deslauriers, J.-P. (2005). La recherche qualitative : Une façon complémentaire d’aborder les questions de recherche. Dans Bouchard, S et Cyr, C (dir.), *Recherche psychosociale : Pour harmoniser recherche et pratique* (2<sup>e</sup> éd., p.407-433). Presses de l’Université du Québec.

- Desrosiers, D., Laporte, L., Pentecôte, C. (2019). Moi et mon enfant : Un programme pour parents présentant un trouble de la personnalité limite et leurs intervenants. *Quintessence : l'accès au savoir en santé mentale populationnelle*, 10 (12).
- Dewa, C. (2017). Les coûts des troubles mentaux en milieu de travail peuvent-ils être réduits?. *Santé mentale au Québec*, 42(2), 31-38. <https://doi.org/10.7202/1041912>
- Eassom, E., Giacco, D., Dirik, A., et Priebe, S. (2014). Implementing family involvement in the treatment of patients with psychosis: a systematic review of facilitating and hindering factors. *BMJ open*, 4(10), <https://doi:10.1136/bmjopen-2014-006108>
- Falkov, A., Goodyear, M., Hosman, C. M. H., Biebel, K., Skogoy, B. E., Kowalenko, N., Wolf, T., et Re, E. (2016). A systems approach to enhance global efforts to implement family-focused mental health interventions. *Child & Youth Services*, 37(2), 175-193. <https://doi.org/10.1080/0145935x.2016.11.04104>
- Fleury, M., Fortin, M., Rochette, L., Grenier, G., Huÿnh, C., Pelletier, É., Lesage, A., et Vasiliadis, H. (2018). Utilisation de l'urgence au Québec des patients avec des troubles mentaux incluant les troubles liés aux substances psychoactives. *Santé mentale au Québec*, 43(2), 127-152. <https://doi.org/10.7202/1058613ar>
- Foster, K., Goodyear, M., Grant, A., Weimand, B., et Nicholson, J. (2019). Family-focused practice with EASE: A practice framework for strengthening recovery when mental health consumers are parents. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28, 351-360. <https://doi:10.1111/inm.12535>
- Gales, N. K., Heath, G., Cameron, E., Rashid, S., Redwood, S. (2013). Using the framework method for the analysis of qualitative data in multi-disciplinary health research. *BMC Medical Research Methodology*, 13, 117-124. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-13-117>

- Gladstone, T. R., Beardslee, W. R., et Diehl, A. (2015). The impact of parental depression on children. Dans A. Reupert, D. Maybery, J. Nicholson, M. Göpfert, M., V. Seeman (dir.), *Parental psychiatric disorder Distressed parents and their families* (3<sup>e</sup> éd., p.117-126). Cambridge University Press.
- Goodyear, M., Hill T-L., Allchin, B., McCormick, F., Hine, R., Cuff, R., et O’Hanlon, B. (2015). Standards of practice for the adult mental health workforce: Meeting the needs of families where a parent has a mental illness. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24, 169-180. <https://doi:10.1111/inm.12120>
- Gouvernement du Québec. (2021, avril). *Rapport de la commission spéciale sur les droits de enfants et la protection de la jeunesse* (publication no 978-2-550-89006-5).  
[https://www.csdepj.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers\\_clients/Rapport\\_final\\_3\\_mai\\_2021/2021\\_CSDEPJ\\_Rapport\\_version\\_finale\\_numerique.pdf](https://www.csdepj.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_clients/Rapport_final_3_mai_2021/2021_CSDEPJ_Rapport_version_finale_numerique.pdf)
- Grant, A., et Reupert, A. (2016). The Impact of Organizational Factors and Government Policy on Psychiatric Nurses’ Family-Focused Practice With Parents Who Have Mental Illness, Their Dependent Children, and Families in Ireland, *Journal of Family Nursing*, 22(2), 199-223. <https://doi:10.1177/1074840716643770>
- Grant, A., Reupert, A., Maybery, D., et Goodyear, M. (2018). Predictors and enablers of mental health nurses’ family-focused practice. *International Journal of Mental Health Nursing*, 1-12. <https://doi:10.1111/inm.12503>
- Gregersen, M., Søndergaard, A., Brandt, J. M., Ellersgaard, D., Rohd, S. B., Hjorthøj, C., Ohland, J., Krantz M. F., Wilms, M., Andreassen, A. K., Knudsen C. B., Veddem, L., Greve, A., Bliksted, V., Mors, O., Clemmensen, L., Møllegaard Jepsen, J. R., Nordentoft, M., Hemager, N., Thorup, A. A. E. (2022). Mental disorders in preadolescent children at familial high-risk of schizophrenia or bipolar disorder—a four-year follow-up study: The



- Danish High Risk and Resilience Study, VIA 11. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 63(9), 1046-1056. <https://doi:10.1111/jcpp.13548>
- Gregg, L., Adderley, H., Calam, R., et Wittkowski, A. (2021). The implementation of family-focused practice in adult mental health services: A systematic review exploring the influence of practitioner and workplace factors. *International Journal of Mental Health Nursing*, 30(4), 885-906. [https://doi: 0.1111/inm.12837](https://doi:0.1111/inm.12837)
- Harold, G. T., Rice, F., Hay, D. F., Boivin, J., Van den Bree, M., et Thapar, A. (2011). Familial transmission of depression and antisocial behavior symptoms: Disentangling the contribution of inherited and environmental factors and testing the mediating role of parenting. *Psychological Medicine*, 41(6), 1175-1185.  
<https://doi:10.1017/S0033291710001753>
- Helgesson, M., Tinghög, P., Wang, M., Rahman, S., Saboonchi, F., et Mittendorfer-Rutz, E. (2018). Trajectories of work disability and unemployment among young adults with common mental disorders. *BMC public health*, 18(1), 1228.  
<https://doi.org/10.1186/s12889-018-6141>
- Hosman, C. M. H., van Doesum, K. T. M., et van Santvoort, F. (2009). Prevention of emotional problems and psychiatric risks in children of parents with a mental illness in the Netherlands: I. The scientific basis to a comprehensive approach. *Australian e-journal for the Advancement of mental Health*, 8(3), 250-263. <https://doi:10.5172/jamh.8.3.250>
- Institut de la statistique du Québec. (2015, mai ). *Portrait statistique de la santé mentale des québécois, 2015* (publication no ISBN 978-2-550-73029-3). [https://bdso.gouv.qc.ca/docs-ken/multimedia/PB01671FR\\_portrait\\_sante\\_mentale2015H00F00.pdf](https://bdso.gouv.qc.ca/docs-ken/multimedia/PB01671FR_portrait_sante_mentale2015H00F00.pdf)
- Institut national de santé publique du Québec de la statistique du Québec. (2012). *Surveillance des troubles mentaux au Québec, prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services*

(publication no 978-2-550-66505-2).

[https://www.inspq.gc.ca/pdf/publications/1578\\_SurvTroublesMentauxQc\\_PrevalMortaProf\\_iUtiliServices.pdf](https://www.inspq.gc.ca/pdf/publications/1578_SurvTroublesMentauxQc_PrevalMortaProf_iUtiliServices.pdf)

Katz, S. J., Hammen, C. L., et Brennan, P. A. (2013). Maternal depression and the intergenerational transmission of relational impairment. *Journal of Family Psychology*, 27(1), 86-95. <https://doi:10.1037/a0031411>

Korhonen, T., Vehviläinen-Julkunen, K., et Pietilä, A. M. (2007). Implementing child-focused family nursing into routine adult psychiatric practice: Hindering factors evaluated by nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 17(4), 499-508. <https://doi:10.1111/j.1365-2702.2007.02008.x>

Knoll, A. D., et MacLennan, R. N. (2017). Prevalence and correlates of depression in Canada: Findings from the Canadian Community Health Survey. *Canadian Psychology/psychologie canadienne*, 58(2), 116. <http://dx.doi.org/10.1037/cap0000103>

Lacharité, C., Pierce, T., Calille, S., Baker, M. et Pronovost, M. (2015). *Penser la parentalité au Québec : un modèle théorique et un cadre conceptuel pour l'initiative Perspectives parents*. (Vol. 3). Les éditions CEIDEF.

Laletas, S., Goodyear, M. J., et Reupert, A. E. (2018). Parental mental illness: cross-sectional analysis of family focused practice within the early childhood sector. *Journal of Child and Family Studies*, 27(5), 1650-1660. <https://doi.org/10.1007/s10826-017-0992-1>

Laletas, S., Reupert, A., et Goodyear, M. (2017). "What do we do? This is not our area". Child care providers' experiences when working with families and preschool children living with parental mental illness. *Children and Youth Services Review*, 74, 71-79. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2017.01.024>

- Laletas, S., Reupert, A., Goodyear, M., et Morgan, B. (2015). Pathways of Care: targeting the early childhood sector for early intervention. *Advances in Mental Health, 13*(2), 139-152. <https://doi.org/10.1080/18387357.2015.1066293>
- Lannes, A., Bui, E., Arnaud, C., Raynaud, J.- P., et Revet, A. (2021). Preventive interventions in offspring of parents with mental illness: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychological Medicine, 51*(14), 2321-2336. <https://doi.org/10.1017/S003329172100336>
- Laporte, L. (2007). Un défi de taille pour les centres jeunesse. Intervenir auprès des parents ayant un trouble de personnalité limite. *Santé mentale au Québec, 32*(2), 97-114. <https://doi.org/10.7202/017799ar>
- Lauritzen, C., et Reedtz, C. (2016). Adult mental health services and the collaboration with child protection services. *J Hosp Adm, 5*(5), 72. <https://doi.org/10.5430/jha.v5n5p72>
- Lauritzen, C., Reedtz, C., Van Doesum, K. T., et Martinussen, M. (2014). Implementing new routines in adult mental health care to identify and support children of mentally ill parents. *BMC health services research, 14*(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-5858>
- MacQueen, K. M., McLellan, E., Kay, K., et Milstein, B. (1998). Codebook development for team-based qualitative analysis. *Cam Journal, 10*(2), 31-36. <https://doi.org/10.1177/1525822X980100020>
- Maybery, D., Goodyear, M., O'Hanlon, B., Cuff, R., et Reupert, A. (2014). Profession differences in family focused practice in the adult mental health system. *Family process, 53*(4), 608-617. <https://doi.org/10.1111/famp.12082>

- Maybery, D., Goodyear, M., et Reupert, A. (2012). The Family-Focused Mental Health practice. *Archives of Psychiatric Nursing*, 26(2), 135-144.  
<https://doi.org/10.1016/j.apnu.2011.09.001>
- Maybery, D., et Reupert, A. (2006) Workforce capacity to respond to children whose parents have a mental illness. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 657-664.  
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1440-1614.2006.01865.x>
- Maybery, D., et Reupert, A. (2009). Parental mental illness: a review of barriers and issues for working with families and children. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(9), 784-791. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2009.01456.x>
- Maybery, D., et Reupert, A. (2018). A family-focused, recovery approach when working with families when a parent has a history of mental health problems : From theory to practice. Dans J. C. Santos, et J. R. Cutcliffe (dir.), *European psychiatric/mental health nursing in the 21st century : A person-centred evidence-based approach* (1<sup>e</sup> éd., p. 283-291). Springer.
- Maybery, D., et Reupert, A. E. (2018). The number of parents who are patients attending adult psychiatric services. *Current Opinion in Psychiatry*, 31(4), 358-362.  
<https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000427>
- Miles, M. B., Huberman, A., M., et Saldaña, J. (2014). *Qualitative data analysis: a methods sourcebook* (3<sup>e</sup> éd.). SAGE publications.
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2022). *S'unir pour un bien-être collectif : Plan d'action interministérielle en santé mentale 2022-2026* (publication no 978-2-550-89985-3). <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-914-14W.pdf>

- Mottaghipour, Y., et Bickerton, A. (2005). The Pyramid of Family Care: A framework for family involvement with adult mental health services. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 4(3), 210-217. <https://doi.org/10.5172/jamh.4.3.210>
- Nadeau-Marcotte, F., Boily, M. (2021). Les troubles psychotiques et parentalité. Dans G. Piché, A. Villate, S. Bourque (dir.), *Trouble mental chez le parent. Enjeux familiaux et implications cliniques*. (1<sup>e</sup> éd, p.73-96). Les presses de l'Université Laval.
- Nicholson, J., Albert, K., Gershenson, B., Williams, V., et Biebel, K. (2009). Family options for parents with mental illnesses: a developmental, mixed methods pilot study. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 33(2), 106. <https://doi.org/10.2975/33.2.2009.106.114>
- Nicolas, C. V., Chawky, N., Jourdan-Ionescu, C., Drouin, M. S., Page, C., Houlfort, N., Beauchamp, G., Séguin, M. (2018). Stresseurs professionnels et troubles mentaux courants: quels liens de causalité?. *L'Encéphale*, 44(3), 200-207. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2017.01.004>
- Norton, J., Capdevielle, D., et Boulenger, J. P. (2014). 13. Épidémiologie, facteurs de risque, incapacité et coût social des troubles anxieux. Dans J- P. Boulenger, et J- P. Lépine (dir.), *Les troubles anxieux* (1<sup>e</sup> éd., p. 119-131). Lavoisier.
- Ounis, L., et Kurdi, V. (2013). Les ateliers d'Anna : Groupe d'éducation et d'intervention pour les jeunes de 7-12 ans ayant un parent ou un proche atteint d'un problème de santé mentale. *Défi jeunesse*, 19(3), 17-20.
- Palay, J., Taillieu, T. L., Afifi, T. O., Turner, S., Bolton, J. M., Enns, M. W., Rush, B., Adair, E. C., Vigod, N. S., Clelland, S., Rittenbach, K., Kurdyak, P., Sareen, J. (2019). Prevalence of mental disorders and suicidality in Canadian provinces. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 64(11), 761-769. <https://doi.org/10.1177/0706743719878987>

Peachey, D., Hicks, V., Adams, O. (2013). *An imperative for change access to psychological services for Canada*. Canadian psychological association.

[https://cpa.ca/docs/File/Position/An\\_Imperative\\_for\\_Change.pdf](https://cpa.ca/docs/File/Position/An_Imperative_for_Change.pdf)

Piché, G., Bergeron, L., et Cyr, M. (2008). Transmission intergénérationnelle des troubles intériorisés : modèles théoriques et recherches empiriques. *Canadian Psychology*, 49(4), 309-322. <https://doi.org/10.1037/a0013995>

Piché, G., Bergeron, L., Cyr, M., et Berthiaume, C. (2011a). Maternal lifetime depressive/anxiety disorders and children's internalizing symptoms: The importance of family context. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 20(3), 176.

Piché, G., Bergeron, L., Cyr, M., et Berthiaume, C. (2011b). Interaction effects between maternal lifetime depressive/anxiety disorders and correlates of children's externalizing symptoms. *Journal of Child and Family Studies*, 20, 596-604.

<https://doi.org/10.1007/s10826-010-9433->

Piché, G., Vetri, K., Villatte, A., Habib, R., Beardslee, W.R. (2022). Évaluation pilote d'un programme d'intervention préventive pour les enfants et les familles vivant avec un parent ayant un trouble dépressif. *Revue de psychoéducation*, 51(1), 115-146.

<https://doi.org/10.7202/1088631ar>

Piché, G., Villatte, A., Habib, R. (2019). Famille +, un nouveau programme d'intervention préventive s'adressant aux parents ayant un trouble dépressif majeur et à leurs enfants âgés de 7 à 11 ans. *Quintessence : l'accès au savoir en santé mentale populationnelle*, 10 (4).

Piché, G., Villatte, A., Habib, R. (2021). Les meilleures pratiques préventives ciblant les enfants, adolescents et jeunes adultes vivant avec un parent ayant un trouble mental. Dans G. Piché,

A. Villatte, S. Bourque (dir.), *Trouble mental chez le parent. Enjeux familiaux et implications cliniques*. (1<sup>e</sup> éd, p.315-342). Les presses de l'Université Laval.

Piché, G., Villatte, A., Clément, M.-È., Morin, M.-H., Vetri, K. (2021). Les pratiques centrées sur la famille et le rétablissement en santé mentale, où en est le Québec?. *Réseau Qualaxia*.  
<https://qualaxia.org/article/les-pratiques-centrees-sur-la-famille-et-le-retablissement-en-sante-mentale-ou-en-est-le-quebec/>

Piché, G., Villatte, A., Clément, M.-È., Morin M.-H., Richard-Devantoy, S., Maybery, D., Reupert, A., Cyr-Villeneuve, C., Fournier-Marceau, M., Lemieux, A. (sous presse). Pratiques centrées sur la famille chez les professionnels en santé mentale adulte : un portrait de la situation au Québec. *Revue Santé Mentale au Québec*.

Pitschel-Walz, G., Leucht, S., Bäuml, J., Kissling, W., et Engel, R. R. (2001). The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia—a meta-analysis. *Schizophrenia bulletin*, 27(1), 73-92.

Power, J., Cuff, R., Jewell, H., McIlwaine, F., O'Neill, I., et U'Ren, G. (2015). Working in a family therapy setting with families where a parent has a mental illness: practice dilemmas and strategies. *Journal of Family Therapy*, 37(4), 546-562.  
<https://doi.org/10.1111/1467-6427.12052>

Reedtz, C., Lauritzen, C., et van Doesum, K. T. (2012). Evaluating workforce developments to support children of mentally ill parents: implementing new interventions in the adult mental healthcare in Northern Norway. *BMJ open*, 2(3). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2011-000709>

Reupert, A., Bee, P., Hosman, C., van Doesum, K., Drost, L. M., Falkov, A., Foster, K., Gatsou, L., Gladstone, B., Goodyear, M., Grant, A., Grove, C., Isobel, S., Kowalenko, N., Lauritzen, C., Maybery, D., Mordoch, E., Nicholson, J., Reedtz, C.,... et Ruud, T. (2022).

- Editorial Perspective: Prato Research Collaborative for change in parent and child mental health—principles and recommendations for working with children and parents living with parental mental illness. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 63(3), 350-353.  
<https://doi.org/10.1111/jcpp.13521>
- Reupert, A. E., Cuff, R., Drost, L., Foster, K., van Doesum, K. T. M., et van Santvoort, F. (2013). Intervention programs for children whose parents have a mental illness : a review. *The Medical Journal of Australia*, 199(3), 18-22. <https://doi.org/0.5694/mja11.11145>
- Reupert, A., Maybery, D., et Morgan, B. (2015). The family-focused practice of primary care clinicians: a case of missed opportunities. *Journal of Mental Health*, 24(6), 357-362.  
<https://doi.org/10.3109/09638237.2014.998803>
- Reupert, A., Maybery, D., et Nicholson, J. (2015). Towards the development of a conceptual framework. Dans A. Reupert, D. Maybery, J. Nicholson, M. Göpfert, M.V. Seeman (dir.), *Parental psychiatric disorder Distressed parents and their families* (3<sup>e</sup> éd., p. 117-126). Cambridge University Press.
- Reupert, A., Williamson, C., et Maybery, D. (2017). How family orientated are primary care physicians? *J Child Fam Stud*, 26, 329-335. <https://doi.org/10.1007/s10826-016-0558-7>
- Sanchez-Meza, C., Tremblay-Légaré, F., Hébert, C., Drapeau, M. (2021). L'accès aux psychologues et aux soins de santé mentale nécessite des solutions multimodales. *Quintessence : l'accès au savoir en santé mentale populationnelle*, 12 (3).
- Savoie-Zajc, L. (2016). L'entrevue semi-dirigée. Dans B. Gauthier, et I. Bourgeois (dir.), *Recherche sociale: de la problématique à la collecte des données* (6<sup>e</sup> éd., p. 337-362). Presses de l'Université du Québec.
- Shah-Anwar, S., Gumley, A., et Hunter, S. (2019) Mental Health Professionals' Perspectives of Family-focused Practice across Child and Adult Mental Health Settings: A Qualitative



Synthesis. *Child & Youth Services*, 40(4), 383-404.

<https://doi.org/10.1080/0145935X.2019.1591947>

Siegenthaler, E., Munder, T., et Egger, M. (2012). Effect of preventive interventions in mentally ill parents on the mental health of the offspring: systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51(1), 8-17.

<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2011.10.018>

Skogøy, B. E., Ogden, T., Weimand, B., Ruud, T., Sørgaard, K., et Maybery, D. (2019).

Predictors of family focused practice: organisation, profession, or the role as child responsible personnel?. *BMC Health Services Research*, 19(1), 1-13.

<https://doi.org/10.1186/s12913-019-4553-8>

Tchernegovski, P., Maybery, D. J., et Reupert, A. E. (2017). Legislative policy to support children of parents with a mental illness: revolution or evolution?. *International Journal of Mental Health Promotion*, 19(1), 1-13.

<https://doi.org/10.1080/14623730.2016.1270847>

Tchernegovski, P., Reupert, A., Maybery, D. (2015). “Let’s Talk about Children”: A pilot evaluation of an e-learning resource for mental health clinicians. *Clinical Psychologist*, 19, 49–58. <https://doi.org/10.1111/cp.12050>

Thorup, A. A., Laursen, T. M., Munk-Olsen, T., Ranning, A., Mortensen, P. B., Plessen, K. J., et Nordentoft, M. (2018). Incidence of child and adolescent mental disorders in children aged 0-17 with familial high risk for severe mental illness-A Danish register study. *Schizophrenia research*, 197, 298-304. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.11.009>

Tungpunkom, P., Maybery, D., Reupert, A., Kowalenko, N., et Foster, K. (2017). Mental health professionals’ family-focused practice with families with dependent children: a survey

- study. *BMC Health Services Research*, 17(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2761-7>
- van Doesum, K. T., et Hosman, C. M. (2009). Prevention of emotional problems and psychiatric risks in children of parents with a mental illness in the Netherlands: II. Interventions. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 8(3), 264-276. <https://doi.org/10.5172/jamh.8.3.264>
- van Doesum, K. T., Riebschleger, J., Carroll, J., Grové, C., Lauritzen, C., Mordoch, E., et Skerfving, A. (2016). Successful recruitment strategies for prevention programs targeting children of parents with mental health challenges: an international study. *Child & Youth Services*, 37(2), 156-174. <https://doi.org/10.1080/0145935X.2016.1104075>
- van Santvoort, F., Hosman, C. M., Janssens, J. M., van Doesum, K. T., Reupert, A., et van Loon, L. M. (2015). The impact of various parental mental disorders on children's diagnoses: a systematic review. *Clinical child and family psychology review*, 18(4), 281-299. <https://doi.org/10.1007/s10567-015-0191-9>
- Ward, B., Reupert, A., McCormick, F., Waller, S., et Kidd, S. (2017). Family-focused practice within a recovery framework: practitioners' qualitative perspectives. *BMC health services research*, 17(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2146-y>
- Weissman, M., Wickramaratne, P., Gameroff, M., Warner, V., Pilowsky, D., Kohad, R., Verdeli, H., Skipper, J et Talati, A. (2016). Offspring of Depressed Parents: 30 Years Later. *Am J Psychiatry*, 173(10), 1024-1032. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2016.15101327>
- Yao, H., Guan, L., Zhang, C., Pan, Y., Jinxiang, H., Rui, H., Zhengjiao, C., Tianhang, Z., Chunyu, D., Tingfang, W., Jigwen, S., Yilin, Y., Maybery, D et Hong, M. (2021). Chinese mental health workers' family-focused practices: a cross-sectional survey. *BMC Health Services Research*, 21(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06572-4>

ANNEXE A- GUIDE D'ENTREVUE SEMI-STRUCTURÉE

### **1) Connaissance des participants et de leur contexte de travail**

- Pouvez-vous me parler de votre parcours professionnel et académique?
  - Quel est votre parcours académique?
  - Quelle est votre profession?
  - Depuis combien de temps pratiquez-vous?
  - Quels autres emplois avez-vous occupés avant le poste que vous avez actuellement?
  - Depuis combien de temps pratiquez-vous dans cet établissement?
  - Quel est votre mandat? Auprès de quelle clientèle intervenez-vous?

### **2) Approfondissement des pratiques des professionnels auprès de la famille**

- C'est comment pour vous de travailler avec des parents qui ont un trouble mental?
  - Est-ce que c'est différent que de travailler avec des personnes qui n'ont pas d'enfants? Est-ce que vos objectifs d'interventions sont différents ou restent sensiblement les mêmes?
- Que faites-vous lorsque vous savez qu'un de vos clients est un parent ? Dites-moi en plus ?
- Dans quelle mesure pensez-vous que le trouble mental d'un parent a un impact sur son rôle parental? Comment pensez-vous que le rôle parental peut venir exacerber/interférer les manifestations du trouble mental ?
- Est-ce qu'il vous arrive de soutenir les parents à l'accomplissement de leur rôle parental ? Que faites-vous pour les aider à jouer leur rôle de parents?
- Comment décidez-vous de vous impliquer auprès des enfants de vos clients ayant un trouble mental? Comment vous impliquez-vous auprès des familles?

### **3) Approfondissement des obstacles et des solutions possibles**

- Dans votre travail, qu'est-ce qui peut (ou pas) vous aider lorsque vous travaillez avec des parents-utilisateurs ?
  - Quelles émotions vivez-vous lorsque vous travaillez auprès de parents-utilisateurs? Est-ce qu'il y a certaines situations dans lesquelles cela se manifeste plus particulièrement?
  - Quels sont les obstacles liés à l'intervention auprès de la famille et des enfants des clients ?
- *Mots-clés :*
  - *supervision, monitorat*
  - *services où référer les enfants,*
  - *temps nécessaire*
  - *soutien des collègues*
  - *confiance des intervenants*
  - *connaissances par rapport aux impacts du trouble mental des parents sur leur famille et sur leurs enfants*
  - *politiques de l'établissement*

ANNEXE B- GRILLE DE CODIFICATION

#	Codes et sous-codes
<b>1</b>	Les PCF
<b>1</b>	Connection et évaluation
<b>1.1</b>	Normalisation du vécu émotif des membres de la famille
<b>1.2</b>	Identifier les différents membres de la famille
<b>1.3</b>	Développer une relation de confiance avec le client et les membres de sa famille
<b>1.4</b>	Évaluation de la famille
<b>1.5</b>	Évaluation des faiblesses, des forces et des besoins de la famille
<b>1.6</b>	Évaluation de l'historique du trouble mental du parent en plus de son impact sur les autres membres de sa famille
<b>1.7</b>	Explorer les rôles parentaux et quelles sont les responsabilités de chacun des parents
<b>1.8</b>	Évaluer les processus de communication entre les membres de la famille
<b>1.9</b>	Établir des objectifs thérapeutiques à partir des besoins nommés par la famille
<b>1.10</b>	Convenir ensemble du plan d'intervention/de rétablissement (en considérant les préoccupations de chacun des membres de la famille incluant les considérations de l'impact du trouble sur la parentalité, le rôle de chacun et les coordonnées des personnes clés)

<b>1.11</b>	Réalisation d'un génogramme
<b>1.12</b>	Mise en place d'un système de sécurité
<b>1.13</b>	Évaluer les dangers imminents ou les situations à risque, la sécurité des enfants et des parents
<b>1.14</b>	Faire un signalement à la DPJ au besoin
<b>1.15</b>	Élaborer un plan d'action en cas de situations de crise avec la famille
<b>1.16</b>	Explication du partenariat de services avec la famille
<b>1.17</b>	Discuter du rôle de l'intervenant et des avantages à avoir une approche familiale
<b>1.18</b>	Soutenir les membres de la famille à converser à propos de leurs difficultés
<b>1.19</b>	Soutenir les parents à adresser avec leurs enfants le vécu émotif de ces derniers
<b>1.20</b>	Collaboration intersectorielle et interprofessionnelle
<b>1.21</b>	Contact et collaborer avec d'autres professionnels qui interviennent auprès du patient ou des autres membres de la famille
<b>1.22</b>	Référence des familles vers des services appropriés à leurs besoins
<b>1.23</b>	Obtenir l'autorisation des membres de la famille afin de communiquer avec certains organismes ou services
<b>2</b>	Éducation générale
<b>2.1</b>	Réévaluation des besoins de la famille et des différents éléments du niveau 1

<b>2.2</b>	Fournir de l'information pertinente aux membres de la famille (incluant les enfants des parents atteints du trouble mental) à propos : (1) des services offerts par les différentes organismes ou services de la région, (2) des lois sur la santé mentale, des droits des usagers et de leur famille, (3) du trouble mental du parent qui en est atteint, de son traitement ainsi que des impacts du trouble mental sur les enfants
<b>2.3.</b>	Collaboration intersectorielle et interprofessionnelle en fonction des besoins de la famille
<b>3</b>	Éducation psychologique
<b>3.1</b>	Considérer le rôle de parent du patient (responsabilités parentales) et offrir du soutien par rapport à ce rôle
<b>3.2</b>	Offrir de l'éducation psychologique au patient et membres de la famille, selon les besoins de chacun
<b>3.3</b>	Encourager, soutenir et accompagner le patient à avoir des discussions régulièrement avec ses enfants à propos de son trouble mental et par rapport aux préoccupations que les enfants peuvent avoir
<b>3.4</b>	Ré-évaluation régulière des risques potentiels pour les enfants et autres membres de la famille
<b>3.5</b>	Collaboration intersectorielle et interprofessionnelle en fonction des besoins de la famille
<b>4</b>	Consultation
<b>4.1</b>	Réévaluation des besoins de la famille et des différents



	éléments des trois premiers niveaux
4.2	Collaboration intersectorielle et interprofessionnelle en fonction des besoins de la famille (à ce stade la famille a besoin de service plus intenses, elle vit de la détresse)
4.3	Interventions ciblant les forces de la famille
5.	Référence de la famille vers la thérapie familiale
<b>Catégorie 2 : Obstacles à l'utilisation des PCF</b>	
2.1	Obstacles relatifs aux facteurs organisationnels
2.1.1	Le manque de balises de la part des organisations entourant les pratiques axées sur la famille
2.1.2	Le manque de ressources et d'accessibilité pour entreprendre les PCF
2.1.3	Le contexte d'intervention/la nature du mandat ne favorisant pas l'utilisation des PCF
2.1.4	Difficultés au niveau des collaboration intersectorielle et interprofessionnelle
2.2	Obstacles relatifs aux facteurs liés aux professionnels
2.2.1	Manques de connaissance à propos des pratiques centrées sur la famille
2.2.2	Déficit au niveau des compétences en lien avec l'utilisation des PCF
2.2.3	Attitude des intervenants face à entreprendre les PCF
2.2.4	La crainte de briser l'alliance thérapeutique
2.3	Obstacles relatifs aux facteurs liés aux patients
2.3.1	La sévérité des symptômes du clients

2.3.2	Manque de connaissances à propos de l'impact de leur trouble mental sur leurs enfants
2.3.3	Manque de collaboration des parents
2.4	Obstacles relatifs aux facteurs liés aux enfants et aux autres membre de la famille
2.4.1	Manque de collaboration des membres de la famille
2.4.2	Manque de ressources pour s'investir
2.4.3	Stade développemental
<b>Catégorie 3 : Solutions possibles à l'utilisation des PCF</b>	
3.1.	Solutions possibles liées aux facteurs organisationnels
3.1.1	Des balises claires de la part des organisations entourant les PCF
3.1.2	La disponibilité de ressources pour entreprendre les PCF
3.1.3	Le contexte d'intervention/la nature du mandat favorisant l'utilisation des PCF
3.1.4	Éléments facilitant la collaboration intersectorielle et interprofessionnelle
3.2	Solutions possibles relatives aux facteurs liés aux professionnels
3.2.1	Connaissances à propos des PCF
3.2.2	Les compétences en lien avec l'utilisation des PCF
3.2.3	Attitude d'ouverture des intervenants face à entreprendre les PCF
3.2.4	Le renforcement de l'alliance thérapeutique

<b>3.3</b>	Solutions possibles relatives aux facteurs liés aux patients
<b>3.3.1</b>	Des connaissances à propos de l'impact de leur trouble mental sur leurs enfants
<b>3.3.2</b>	La collaboration des parents
<b>3.4</b>	Solutions possibles relatives aux facteurs liés aux enfants et aux autres membres de la famille
<b>3.4.1</b>	La collaboration des membres de la famille
<b>3.4.2</b>	La disponibilité des ressources pour s'investir
<b>3.4.3</b>	Stade développemental favorisant la participation