

Université du Québec en Outaouais

Vers une meilleure compréhension des facteurs liés à la profession dans la mise en œuvre de pratiques centrées sur la famille : Analyse thématique comparative auprès de psychologues et travailleurs sociaux en santé mentale adulte au Québec

Essai doctoral
Présenté au
Département de psychoéducation et de psychologie

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

Par
Camille BALLICK

Novembre 2025

Composition du comité d'évaluation

Vers une meilleure compréhension des facteurs liés à la profession dans la mise en œuvre de pratiques centrées sur la famille : Analyse thématique comparative auprès de psychologues et travailleurs sociaux en santé mentale adulte au Québec

**Par
Camille BALLICK**

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

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

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

Pierre Pariseau-Legault, Ph.D., LL.M., examinateur interne, Département des sciences infirmières, Université du Québec en Outaouais.

Julie Noël, Ph.D., examinatrice externe, École de travail social, Faculté des lettres et des sciences humaines, Université de Sherbrooke.

REMERCIEMENTS

La soumission de cet essai marque, pour moi, l'aboutissement d'un long et beau parcours universitaire. Une certitude m'habite : je n'y serais pas parvenue sans le soutien, de près comme de loin, d'un grand nombre de personnes. Permettez-moi de prendre un moment pour exprimer ma reconnaissance à plusieurs d'entre elles.

Je tiens d'abord à exprimer toute ma gratitude à ma directrice de recherche, Geneviève Piché, pour m'avoir offert l'opportunité de travailler sur cette enquête et pour son accompagnement constant, qui a rendu possible la réalisation de ce projet. Je souhaite également souligner l'apport de mes collègues du LaPProche, avec qui j'ai eu la chance de collaborer à la collecte de données et de partager de moments de co-travail si agréables.

Je remercie les membres de mon comité d'évaluation d'essai doctoral pour leurs commentaires et suggestions, qui ont permis d'enrichir la qualité de ce travail.

Ma reconnaissance va également au CRUJeF pour le soutien financier octroyé dans le cadre de ce projet.

À ma cohorte doctorale à l'UQO : merci pour tous ces moments de complicité et le soutien mutuel au long de ce périple doctoral. Quelle joie d'avoir eu le privilège de vous côtoyer et de vous compter aujourd'hui parmi mes collègues et amis.

Mon parcours a aussi été façonné par les superviseurs cliniques avec qui j'ai eu la chance de travailler durant mes stages et internats : les psychologues Michel Roy, Julie Gosselin, Jean Grenier, Dominique Gosselin, Alexandre Di-Iorio-Daigle et Marie-Claude Pedneault. Je vous suis sincèrement reconnaissante pour votre générosité, votre rigueur et la confiance que vous m'avez témoignée.

Sur une note personnelle, je suis portée par une profonde gratitude envers mes proches. À mes parents, pour leur amour et leur soutien indéfectibles. *Thank you for reminding me, at*

every step, that “it’s a marathon, not a sprint.” À Adam, mon ancrage, ma source d’inspiration quotidienne. Au fil de ce parcours souvent exigeant, tu as su m’accompagner avec compréhension, humour et une présence rassurante sur laquelle j’ai pu m’appuyer sans réserve. Rien de tout ceci n’aurait la même signification sans vous.

Merci.

RÉSUMÉ

Introduction : Les parents constituent une proportion importante des utilisateurs des services de santé mentale adulte, représentant entre 12,2 à 45,0 %. Entre 15 à 23 % des enfants mineurs vivent avec un parent présentant un trouble mental. Ces parents et leurs enfants constituent un groupe particulièrement vulnérable de la société qui rapporte avoir besoin de soutien de la part des professionnels de la santé. Les pratiques centrées sur la famille offrent un cadre d'intervention prometteur pour soutenir ces parents et leurs familles. Cependant, peu d'études au Québec ont examiné qualitativement comment différents professionnels de la santé mentale adulte intègrent ces pratiques et quels facteurs professionnels sous-tendent leur mise en œuvre.

Méthodologie : Ce projet de recherche qualitatif vise à documenter et comparer les pratiques centrées sur la famille adoptées par les psychologues et travailleurs sociaux intervenant auprès de parents ayant un trouble mental au Québec, ainsi qu'à identifier les facteurs professionnels sous-tendant ces pratiques. À partir d'entrevues semi-dirigées menées auprès de dix professionnelles (cinq psychologues et cinq travailleuses sociales) exerçant dans des services publics en santé mentale adulte, une analyse thématique comparative a été réalisée.

Résultats : Les résultats révèlent des convergences et des divergences notables entre les deux professions en ce qui concerne les pratiques centrées sur la famille et les facteurs professionnels qui les sous-tendent. Notamment, les deux groupes intègrent le statut parental dans leur évaluation initiale et rapportent des pratiques de référencement similaires. Cependant, les travailleuses sociales rapportent une plus grande ouverture à la collaboration familiale que les psychologues, reflétant des orientations professionnelles distinctes. Aucun des deux groupes ne rapporte mener des interventions directes auprès des enfants des usagers dans le cadre des suivis en santé mentale adulte. Enfin, les préoccupations relatives à la confidentialité émergent chez les deux professions comme un facteur pouvant limiter l'implication des proches dans les suivis.

Discussion : Cette étude contribue à une meilleure compréhension des dynamiques professionnelles dans la mise en œuvre des pratiques centrées sur la famille en santé mentale adulte et suggère plusieurs pistes d'amélioration concrètes : clarification des mandats professionnels, intégration de modules éducatifs spécialisés, et intégration plus proactive des besoins des jeunes dont un parent a un trouble mental.

Mots Clés : Approche centrée sur la famille; Pratiques centrées sur la famille; Parents ayant un trouble mental; Jeunes dont un parent a un trouble mental; Psychologues; Travailleurs sociaux; Facteurs professionnels; Santé mentale adulte; Analyse thématique

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX.....	VII
LISTE DES FIGURES.....	VIII
LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES	IX
CHAPITRE I	1
INTRODUCTION.....	1
TROUBLE MENTAL CHEZ LE PARENT	3
RÉPERCUSSIONS POUR LE PARENT	3
Difficultés quant à la mise en place de stratégies parentales adaptées.....	3
Stigmatisation vécue par le parent	5
Préoccupations des parents concernant les répercussions de leurs difficultés psychologiques	6
RETOMBÉES POUR LE JEUNE	7
Difficultés académiques	7
Stigmatisation vécue par le jeune	8
Risque de transmission intergénérationnelle d'un trouble mental ou autres difficultés psychologiques	8
Parentification et proche-aidance	10
BESOINS DES PARENTS AYANT UN TROUBLE MENTAL ET LEURS ENFANTS	11
CHAPITRE II.....	13
SOUTENIR LES PARENTS ET FAMILLES OÙ UN PARENT A UN TROUBLE MENTAL.13	
CONTEXTE ORGANISATIONNEL DES SERVICES EN SANTÉ MENTALE AU QUÉBEC	13
L'APPROCHE CENTRÉE SUR LA FAMILLE	15
Définition	15
Le modèle de rétablissement relationnel.....	16
Retombées positives de l'intégration de PCF en santé mentale adulte	17
Bienfaits pour les parents-usagers.....	17
Bienfaits pour les enfants de parents-usagers	18
MISE EN PRATIQUE DES PCF EN CONTEXTE DE SERVICES EN SANTÉ MENTALE POUR ADULTES....	18
Facteurs organisationnels	19
Politiques, directives et formation.....	19
Ressources	20
Facteurs liés aux parents-usagers et à leurs familles.....	21
Facteurs liés aux professionnels	21
Attitudes et croyances.	22
Compétences perçues	23
Rôles et responsabilités liés à la profession	23
Différences disciplinaires en contexte de santé mentale adulte	24

DISTINCTIONS DES PROFESSIONS DE TRAVAILLEUR SOCIAL ET DE PSYCHOLOGUE AU QUÉBEC	26
LIMITES DE LA LITTÉRATURE QUANT AUX DIFFÉRENCES DOCUMENTÉES ENTRE LES PSYCHOLOGUES ET TRAVAILLEURS SOCIAUX DANS LA MISE EN ŒUVRE DE PCF	28
CHAPITRE III	29
LE PRÉSENT PROJET	29
OBJECTIFS	29
MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE	29
Éthique	29
Participants	30
Recrutement	31
Échantillon	31
Entrevues	34
Instruments	34
Analyses	34
Validation des analyses	37
CHAPITRE IV	39
RÉSULTATS	39
PARTIE I : PRATIQUES AUPRÈS DE PARENTS-USAGERS	39
Thème 1. La parentalité comme dimension évaluée : Considérations similaires au sein de cadres distincts chez les travailleuses sociales et psychologues	41
Sous-thème 1.1. (TS).....	41
Sous-thème 1.2. (PSY)	42
Thème 2. Interventions axées sur la parentalité	43
Sous-thème 2.1. (TS et PSY) Soutien à la parentalité comme dimension intégrée des interventions préexistantes chez les travailleuses sociales et psychologues	43
Sous-thème 2.2. (PSY et TS) Éducation psychologique centrée sur le rôle parental : une pratique courante chez les psychologues également rapportée chez les travailleuses sociales	46
Thème 3. Engagement des proches dans le soutien aux parents-usagers : Perspectives divergentes chez les travailleuses sociales et psychologues	47
Sous-thème 3.1. (TS) : Participation des proches adultes de l'usager : Une pratique encouragée chez les travailleuses sociales	48
Sous-thème 3.2. (PSY) Invitation des proches adultes de l'usager : Une pratique rare et ponctuelle chez les psychologues.....	49
Sous-thème 3.2. (TS et PSY) Absence notable des enfants dans l'engagement familial rapportée par les deux groupes professionnels.....	50
Thème 4. Gestion du risque pour l'enfant et signalement : Posture similaire chez les travailleuses sociales et psychologues.....	51
Sous-thème 4.1. (TS et PSY) Pratiques de vigilance et d'évaluation continue des risques pour l'enfant chez les travailleuses sociales et psychologues	51
Sous-thème 4.2. (TS et PSY) Rareté des signalements au DPJ chez les travailleuses sociales et psychologues : Pratiques et réflexions éthiques	54

Thème 5. Référencement des usagers et leurs familles : Pratique courante chez les travailleuses sociales et psychologues.....	56
PARTIE II : FACTEURS LIÉS À LA PROFESSION	58
Thème 6. Limites liées aux mandats professionnels : Enjeux distincts chez les travailleuses sociales et psychologues.....	59
Sous-thème 6.1. (TS) Les contraintes du mandat en travail social en santé mentale adulte : Limites dans l'accompagnement du rôle parental	60
Sous-thème 6.2. (PSY) Le traitement des troubles mentaux : Enjeux et limites du mandat des psychologues.....	61
Thème 7. Contribution des fondements professionnels distincts	62
Sous-thème 7.1. (TS) « Lunette globale » chez les travailleuses sociales	62
Sous-thème 7.2. (PSY) Vision « individuelle » chez les psychologues.....	63
Sous-thème 7.3. (PSY) Limites au niveau de la formation orientée sur l'individu des psychologues en santé mentale adulte.....	65
Thème 8. La confidentialité comme principe inhérent aux professions en travail social et en psychologie.....	67
 CHAPITRE V	68
DISCUSSION	68
LA PARENTALITÉ DANS LE CADRE DE L’ÉVALUATION INITIALE : ENTRE EXIGENCES PROFESSIONNELLES ET CADRES CONCEPTUELS DISTINCTS	68
L’INTÉGRATION DU SOUTIEN PARENTAL DANS LES INTERVENTIONS CLINIQUES : DES PRATIQUES ANCRÉES, MAIS IMPLICITES.....	72
Soutien de la parentalité au sein des interventions individuelles : une convergence avec des modèles d’intervention reconnus	73
Éduquer pour mieux soutenir : l’éducation psychologique comme levier thérapeutique parental	74
L’angle mort de l’éducation psychologique : un soutien familial encore à développer	76
L’IMPLICATION DES PROCHES ADULTES À L’ÉPREUVE DES PRATIQUES DISCIPLINAIRES	77
Posture plus réservée face à l’implication familiale chez les psychologues	78
Différends face aux pratiques visant l’implication des proches soutenus dans la littérature	79
POINT DE CONVERGENCE DISCIPLINAIRES ET IMPLICATIONS POUR LA PROTECTION DES ENFANTS	80
Enjeux communs liés aux pratiques d’évaluation et gestion du risque au profit des jeunes dont un parent a un trouble de santé mentale	80
Vigilance et évaluation en continu chez les deux groupes professionnels.....	81
Obligations professionnelles et protection de l’enfance	81
Enjeux de l’évaluation indirecte de la sécurité des enfants	82
Enjeux liés à la faible fréquence subjective de signalements.....	83
ABSENCE DE PRATIQUES DE SOUTIEN POUR LES JEUNES AU-DELÀ DE L’ÉVALUATION ET LA GESTION DU RISQUE.....	84
CONVERGENCE INTERPROFESSIONNELLE DANS LES PRATIQUES DE RÉFÉRENCEMENT.....	84
Contexte législatif québécois entourant la santé et les services sociaux	86

COMPARAISON DES FACTEURS LIÉS À LA PROFESSION CHEZ LES PSYCHOLOGUES ET TRAVAILLEUSES SOCIALES	87
Limites liées au mandat en matière de PCF	88
Comparaison des mandats respectifs des travailleurs sociaux et psychologues	88
Contribution des fondements professionnels distincts	90
Le rôle des orientations théoriques en psychologie clinique.....	91
Le rôle des orientations théoriques en travail social	93
Entre protection du secret professionnel et implication familiale : un équilibre délicat pour les professionnelles	94
RÉSUMÉ SYNTHÈSE DES FACTEURS PROFESSIONNELS ET PCF : CONVERGENCES ET DIVERGENCE CHEZ LES TRAVAILLEUSES SOCIALES ET PSYCHOLOGUES EN SMA	96
IMPLICATIONS CLINIQUES	98
RECOMMANDATION 1. CLARIFIER LES MANDATS ET RENFORCER LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE POUR FAVORISER LES PCF.....	98
1.1. Élargir le mandat en psychologie pour inclure davantage la parentalité.....	99
1.2. Le mandat en travail social comme levier pour soutenir la parentalité dans son contexte	99
RECOMMANDATION 2. SOUTENIR L'INTÉGRATION D'INTERVENTIONS AXÉES SUR LA PARENTALITÉ	100
2.1. Intégrer des cadres de pratique transdisciplinaires en SMA	100
2.2. Valoriser les modèles d'intervention adaptés au contexte parental chez les psychologues	101
RECOMMANDATION 3. SOUTENIR PLUS ACTIVEMENT LES BESOINS DES JEUNES DONT UN PARENT A UN TROUBLE MENTAL	102
3.1.Optimiser l'engagement des proches adultes chez les travailleurs sociaux comme levier vers l'inclusion des jeunes.....	102
3.3.Intégrer des outils éducatifs adaptés pour les jeunes dans les pratiques des deux groupes professionnels.....	103
CHAPITRE VI	105
FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE	105
LIMITES DE L'ÉTUDE	105
FORCES DE L'ÉTUDE	108
PISTES POUR LA RECHERCHE FUTURE.....	109
CONCLUSION	110
RÉFÉRENCES.....	113
ANNEXE A	163
FIGURES	163
ANNEXE B.....	166
TABLEAUX	166

ANNEXE C	173
FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT À LA PARTICIPATION AUX ENTREVUES INDIVIDUELLES	173
ANNEXE D	179
ORDRE DU JOUR ET QUESTIONS POUR LES ENTREVUES INDIVIDUELLES	179

LISTE DES TABLEAUX

Tableau B1. Résumé des devis et résultats significatifs des études interdisciplinaires en santé mentale adulte relatives aux PCF.....	p.167
Tableau 2. Informations sociodémographiques auto-rapportées des participantes.....	p.33
Tableau 3. Résumé des thèmes et sous-thèmes de la Partie I : Pratiques auprès de parents-usagers.....	p.39
Tableau 4. Résumé des thèmes et sous-thèmes de la Partie II : Facteurs d'influence liés à la profession.....	p.59

LISTE DES FIGURES

- Figure A1. *Hiérarchie de facteurs influençant la mise en œuvre de pratiques centrées sur la famille chez les professionnels de la santé (Maybery & Reupert, 2009).....p.164*
- Figure A2. *Facteurs influençant la mise en œuvre de pratiques centrées sur la famille chez les professionnels en santé mentale adulte (Gregg et al. 2021).....p.165*

LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES

CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CLSC	Centres locaux de services communautaires
DPJ	Directeur de la protection de la jeunesse
FFMHPQ	<i>Family focused mental health practice questionnaire</i>
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OPQ	Ordre des psychologues du Québec
OTSTCFQ	Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec
PCF	Pratiques centrées sur la famille
PQPTM	Programme québécois pour les troubles mentaux
PSY	Psychologues
RLRQ	Recueil des lois et des règlements du Québec
SMA	Santé mentale adulte
SMJ	Santé mentale jeunesse
TS	Travailleurs sociaux

CHAPITRE I

Introduction

Les statistiques nationales américaines récentes révèlent qu'environ un parent sur quatre (23,9%) présente un trouble de santé mentale et qu'une proportion non négligeable de 5,7% souffre d'un trouble mental sévère—par lequel on entend un trouble mental diagnosticable pouvant entraîner un dysfonctionnement fonctionnel qui interfère considérablement avec, ou limite une ou plusieurs activités majeures de la vie (APA, 2018)—soulignant l'ampleur de cette problématique de santé publique au sein des familles contemporaines (Office of the Surgeon General, 2024; Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2024). La prévalence du statut maternel chez les femmes demeure relativement stable indépendamment de la présence d'un trouble de santé mentale, variant de 42% chez les femmes sans trouble mental à 38% chez celles présentant un trouble sévère (Luciano et al., 2014). Les taux de paternité montrent cependant une diminution progressive en fonction de la sévérité du trouble mental chez les hommes, passant de 35% chez ceux sans trouble mental à 23% chez ceux ayant un trouble mental considéré sévère.

Au sein des services en santé mentale pour adultes, les parents constituent une proportion importante de la clientèle (Liangas & Falkov, 2014; Maybery & Reupert, 2014; Ruud et al., 2019). Maybery et Reupert (2018a) estiment que la prévalence des parents dans les services en santé mentale pour adultes se situe entre 12,2 et 45,0 %, dépendamment du type de service et des caractéristiques propres à l'usager. De même, une récente étude norvégienne estima que 36% des patients adultes ambulatoires en santé mentale seraient parents d'enfants de moins de 18 ans (Ruud et al., 2019). Au sein des services communautaires en santé mentale pour adultes, Liangas et Falkov (2014) ont avancé qu'au moins le tiers des patients seraient des parents, soulignant ainsi la proportion importante de la charge de travail du personnel qu'ils représentent.

Concurremment, à l'international, il est estimé qu'entre 15% et 23% des enfants vivent avec un parent ayant un trouble mental (Pierce et al., 2020). Maybery et al. (2005) ont estimé qu'entre 21 et 23% des enfants australiens vivraient dans des ménages où au moins un parent a un trouble mental, ce qui équivaut à un peu plus d'un million d'enfants. Parallèlement, les plus récentes données canadiennes estiment que 12,1% des enfants de moins de 12 ans vivraient dans un ménage où un parent répond aux critères d'un ou plusieurs troubles de l'humeur, d'anxiété ou de toxicomanie (Bassani et al., 2009). Selon ces données, l'adulte présentant un trouble de santé mentale serait le seul parent du ménage pour 17 % de ces jeunes.

De plus, les familles où un parent a un trouble mental sévère seraient à plus grand risque d'adversité socio-économique (Luciano et al., 2014). Par exemple, ces parents occuperaient des taux d'emploi plus faibles—soit 38% à temps plein et 17% à temps partiel chez les mères et 60% à temps plein et 9% à temps partiel chez les pères—comparativement aux parents sans trouble mental, qui seraient employés à des taux de 50% à temps plein et 19% à temps partiel chez les mères et 85% à temps plein et 5% à temps partiel chez les pères.

Ainsi, sachant que la prévalence de jeunes dont un parent a un trouble mental est relativement élevée dans la population générale, que ces parents constituent une proportion importante de la clientèle dans les services en santé mentale adulte et que ces familles sont particulièrement vulnérables, il apparaît important de s'intéresser aux répercussions possibles du trouble mental parental, ainsi que sur les recommandations en termes de soutien et d'intervention auprès de cette population dans les services en santé mentale. Le prochain chapitre présentera donc les répercussions potentielles du trouble mental parental sur ces parents et leurs familles—particulièrement sur leurs enfants—ainsi que sur le rôle que peuvent jouer les professionnels de la santé mentale adulte dans l'amélioration de leur fonctionnement et leur bien-être à travers des pratiques de soutien centrées sur la famille.

Trouble mental chez le parent

Les parents ayant un trouble mental et leurs familles sont un groupe particulièrement vulnérable de la société (Dean et al., 2018; van der Ende et al., 2016; Watkeys et al., 2022). Lorsqu'un parent souffre d'un trouble mental, cela peut non seulement compromettre son bien-être psychologique, mais également sa capacité à remplir son rôle parental à différents égards. En effet, diverses recherches suggèrent que les parents présentant des troubles mentaux sont confrontés à des difficultés dans la mise en place de stratégies parentales adaptées (Stack et al., 2021, Piché et al., 2024), ainsi qu'à différentes formes de stigmatisation (Reupert et al., 2021; Piché et al., 2024). Par conséquent, il est essentiel d'identifier les répercussions potentielles des problèmes de santé mentale parentaux afin d'identifier les besoins d'accompagnement adaptés pour les individus et familles concernées.

Répercussions pour le parent

Difficultés quant à la mise en place de stratégies parentales adaptées

La santé mentale parentale peut directement ou indirectement influencer la capacité d'un parent à soutenir favorablement le développement de son enfant (Stack et al., 2021). Bien entendu, les parents ayant de troubles mentaux font face aux mêmes défis quotidiens que tous les parents. Les résultats d'une revue de la littérature menée par Piché et al. (2024a) soulignent même que certains d'entre eux perçoivent leur rôle parental comme un facteur de protection, les incitant à adopter des comportements parentaux adaptés et à rechercher du soutien.

Néanmoins, ces parents doivent souvent simultanément faire face aux manifestations parfois débilitantes de la psychopathologie et leur fonctionnement dans leur rôle parental peut être perturbé ou restreint lorsque les symptômes liés à celle-ci s'intensifient (Collins et al., 2025; Reupert & Maybery, 2016; van der Ende et al., 2016). Ces parents peuvent notamment rencontrer des défis accrus en ce qui concerne le soutien émotionnel et la communication avec leurs enfants

(Isobel et al., 2016), la gestion de risques (Boursnell, 2014) et la stabilité dans la définition de limites et de routines quotidiennes (Collins et al., 2025; Reupert, Maybery, et al., 2012).

En guise d'exemples, les parents ayant un trouble de la personnalité limite peuvent vivre des périodes de grande labilité émotionnelle caractérisées par de la colère, de la tristesse ou de l'anxiété, se montrer réactifs à différents stresseurs—dont la crainte du rejet ou de l'abandon—ou manifester des comportements dangereux à caractère suicidaires ou autodestructeurs (David et al., 2021). La présence d'un trouble de la personnalité limite pourrait être liée à des interactions problématiques, tels une hostilité accrue (Klucznik et al., 2018), un style de communication parental perturbé et une moins grande sensibilité démontrée à l'égard des besoins de l'enfant (Wendland et al., 2014).

Les parents présentant un trouble dépressif peuvent voir diminuer la qualité de leur sommeil, sentir une baisse d'énergie générale, manifester un retrait social ou même des idéations suicidaires (Piché et Villatte, 2021). Pour ces raisons entre autres, la dépression parentale pourrait mener à une distanciation de la part du parent envers son enfant, une indisponibilité émotionnelle et certains comportements hostiles tels des démonstrations de colère et de frustration accrues (Sellers et al., 2014; Williams, 2018). Certaines données suggèrent également que ces parents seraient moins enclins à appliquer des pratiques parentales positives, tels l'affection, l'attention, les encouragements et les activités amusantes que les parents de la population générale (McMakin et al., 2011).

Les parents vivant avec de troubles psychotiques peuvent vivre des symptômes positifs—soit des comportements erratiques ou une interprétation de l'information erronée, par exemple—ou des symptômes négatifs—soit l'émoussement de l'affect ou le retrait social, par exemple (Nadeau-Marcotte & Boily, 2021). Les symptômes liés aux troubles psychotiques chez un parent peuvent mener à la manifestation de comportements incohérents vis-à-vis les soins donnés à

l'enfant et dans certains cas, à de la maltraitance (Campbell et al., 2018; Chandra et al., 2006; Strand et al., 2020). Également, la revue de la littérature menée par Campbell et al. (2025) suggère que les parents ayant de troubles psychotiques pourraient avoir tendance à manifester un style parental permissif ou inconsistant, notamment dans l'établissement de limites, et appliquer une discipline plus incohérente auprès de leur enfant.

Stigmatisation vécue par le parent

Les parents ayant un trouble mental seraient à risque de vivre différentes formes de stigmatisation (Paraskevoulakou & Schauder, 2020; Piché et al., 2024; Price-Robertson et al., 2015; Rampou et al., 2015; Reupert et al., 2021; Stiles et al., 2023). Hinshaw et al. (2005) définissent la stigmatisation comme une « dévalorisation globale de certains individus sur la base d'une caractéristique qu'ils possèdent, liée à l'appartenance à un groupe défavorisé, dévalorisé ou déshonoré par la société en général » (p.23, traduction libre). L'une des composantes principales du concept de stigmatisation liée aux troubles mentaux est « l'autostigmatisation » ou « la stigmatisation intérieurisée »—soit le phénomène par lequel l'individu internalise les préjugés négatifs que l'on porte envers lui à cause de son trouble mental (Boyd et al., 2014). Par exemple, Chen et al. (2021) rapportent que les difficultés à assumer le rôle parental en période d'exacerbation de symptômes liés à un trouble mental peuvent susciter des émotions négatives telles que la honte, la culpabilité, l'impuissance et la tristesse chez certains parents.

Les caractéristiques cliniques associées à la sévérité du trouble mental ainsi que l'autostigmatisation seraient des éléments importants pour déterminer le niveau de fonctionnement parental d'un individu (Paraskevoulakou & Schauder, 2020). Par exemple, pour les personnes touchées, l'autostigmatisation peut conduire à la conviction d'être « un mauvais parent » et à la crainte d'être soumis à des critiques de la part des proches, des services sociaux et de la société dans son ensemble (Bartsch et al., 2016; Benders-Hadi et al., 2013; Blegen et al.,

2012; Chen et al., 2021; Cheung, 2024). Ces croyances négatives parmi les parents touchés peuvent mener à un effort pour dissimuler leur trouble mental ou même à une diminution de la recherche d'aide, incluant l'aide professionnelle en santé mentale (Bartsch et al., 2016; Hinshaw et al., 2005; Stiles et al., 2023; Tabak et al., 2016).

Préoccupations des parents concernant les répercussions de leurs difficultés psychologiques

Pour bien des parents, y compris ceux vivant avec un trouble de santé mentale, le rôle parental et la relation avec leurs enfants représentent des composantes centrales de leur identité personnelle qu'ils investissent avec soin (Chen et al., 2021; Diaz-Caneja & Johnson, 2004; Hine et al., 2019; Jones et al., 2016; Perera et al., 2014a; Savvidou et al., 2003). Ils expriment régulièrement des préoccupations et souhaits concernant le bien-être de leurs enfants. En ce sens, la littérature suggère que plusieurs de ces parents ayant un trouble de santé mentale manifestent une préoccupation marquée quant à l'impact de leurs difficultés psychologiques sur leurs enfants, ainsi que sur la dynamique familiale plus généralement.

Les préoccupations que vivent ces parents incluent notamment la crainte de transmettre des difficultés psychologiques à leur enfant, d'éprouver une difficulté accrue à répondre aux besoins affectifs et développementaux de l'enfant, ou encore de voir leur capacité parentale remise en question par les professionnels (Harries et al., 2023). Ces craintes s'étendent parfois à des préoccupations plus immédiates concernant la sécurité de l'enfant. Par exemple, Strand et al. (2020) décrivent comment certains parents ayant de troubles psychotiques redoutent une potentielle perte de contrôle face à leur anxiété et leurs délires, soulignant la crainte de se retrouver incapables d'assurer la sécurité de leur enfant. Ces préoccupations, parmi d'autres, témoignent d'une volonté parentale non négligeable d'agir dans l'intérêt de leurs enfants et de l'investissement profond du rôle de parent.

Retombées pour le jeune

En plus des répercussions sur le parent lui-même, la psychopathologie parentale peut avoir des retombées importantes sur ses enfants à court et à long terme. Un nombre de celles-ci sont répertoriées dans la littérature, allant de sentiments de honte et de culpabilité (Bosch et al., 2017), de difficultés identitaires (Grob et al., 2020), de problèmes de santé physique (Pierce et al., 2020), de difficultés académiques (Bell et al., 2019) et de stigmatisation (Dobener et al., 2022), à un risque accru de transmission intergénérationnelle de la psychopathologie (Reupert & Maybery, 2016), en passant par un processus de parentification (Cudjoe et al., 2021). Dans les prochains paragraphes, plusieurs de ces répercussions potentielles seront examinées de manière plus approfondie.

Difficultés académiques

Les jeunes dont un parent a un trouble mental se trouveraient généralement à plus haut risque d'encourir des difficultés au niveau académique (Bell et al., 2019; Mitchell & Abraham, 2018; Ng-Knight et al., 2018; Pearson et al., 2016; Shen et al., 2016), en conjonction à une vulnérabilité développementale accrue (Bell et al., 2023). Par exemple, l'exposition précoce à la psychopathologie parentale serait associée à de mauvais résultats scolaires généraux à long terme (Shen et al., 2016). Bell et al. (2019) ont avancé que les enfants dont un parent a dû être hospitalisé pour un trouble mental seraient plus enclins à connaître des difficultés accrues dans les domaines liés à la préparation scolaire, tels que la santé physique, les relations sociales, les émotions, la communication et la cognition, lors de leur entrée dans un établissement scolaire, par rapport à leurs camarades. Pour leur part, Pearson et al. (2016) ont proposé que la dépression maternelle constituerait l'un des facteurs de risque d'une moindre réussite dans le domaine des mathématiques chez les adolescentes.

Stigmatisation vécue par le jeune

Tel qu'il a été décrit pour les parents plus haut, les jeunes dont un parent a un trouble mental seraient également à risque de vivre diverses formes de stigmatisation (Dobener et al., 2022; Hinshaw et al., 2005; Reupert et al., 2021), un phénomène identifié comme étant un frein important à la recherche d'aide chez ces derniers (Davies et al., 2022; Dobener et al., 2022).

Dans leur revue systématique d'études mixtes à ce sujet, Dobener et al. (2022) ont trouvé que ces jeunes étaient à risque de vivre de la « stigmatisation pas association »—soit la manière dont la stigmatisation liée au trouble mental peut avoir des effets délétères sur la santé et le bien-être des personnes associées à l'individu vivant avec un trouble mental, tels que la famille et les amis. Plus spécifiquement, ces jeunes ont rapporté être confrontés à un langage et à des contenus inappropriés sur les troubles mentaux de la part de leur entourage, ainsi qu'à du rejet ou de l'hostilité en lien avec le trouble mental de leur parent.

Une seconde facette importante de la stigmatisation vécue par les jeunes dont un parent présente un trouble mental serait la « discrimination structurelle »—soit la perception qu'auraient ces jeunes des inégalités au sein des institutions et de la société au sens large (Dobener et al., 2022). Encore selon Dobener et al. (2022), ce phénomène constituerait un obstacle pour ces jeunes dans leur démarche d'accès aux ressources informationnelles et aux mécanismes de soutien à leur bien-être, particulièrement en ce qui concerne les services offerts au sein du système de santé.

Risque de transmission intergénérationnelle d'un trouble mental ou autres difficultés psychologiques

Il a maintes fois été avancé que la santé mentale et le bien-être des enfants seraient intimement liés à la santé mentale de leurs parents (Campbell et al., 2021; Rasic et al., 2014; Watkeys et al., 2022). L'enfant dont le parent a un trouble mental présente une vulnérabilité

accrue en raison de sa dépendance vis-à-vis de ce dernier pour assurer sa sécurité et ses besoins fondamentaux. Cette vulnérabilité est exacerbée par le fait que les capacités parentales peuvent être significativement compromises par la symptomatologie inhérente au trouble mental (Källquist & Salzmann-Erikson, 2019).

Comparativement à leurs pairs issus de familles où les parents ne présentent pas de psychopathologie, ces jeunes manifesterait une vulnérabilité accrue au développement de problèmes de santé mentale et présenteraient un risque plus élevé de difficultés comportementales, socio-affectives et développementales (Achtergarde et al., 2015; Bagur et al., 2022; Boursnell, 2011; Dean et al., 2018; Heradstveit et al., 2021; Leijdesdorff et al., 2017; Piché et al., 2011a; Piché et al., 2011b; Reupert & Maybery, 2016). Les antécédents psychopathologiques augmenteraient le risque de développement de ces troubles chez la progéniture indépendamment de la lignée parentale—c'est-à-dire paternelle ou maternelle— concernée (Hamad et al., 2024). Ce phénomène est communément appelé le « transfert intergénérationnel des troubles mentaux » (Hamad et al., 2024; van Houtum et al., 2024). Les facteurs y étant en cause seraient multifactoriels, englobant à la fois des facteurs génétiques/épigénétiques, environnementaux (p.ex. complications durant la période gestationnelle; statut socioéconomique défavorisé) et familiaux (p.ex. interactions inadaptées entre le parent et son enfant; maltraitance) (Fudge et al., 2004; Panariello et al., 2022; Reupert & Maybery, 2016; Shalev et al., 2019; Van Loon et al., 2014; van Houtum et al., 2024; Wesseldijk et al., 2018; Heradstveit et al., 2021).

Plus spécifiquement, le phénomène de transmission intergénérationnelle a été documenté pour un large spectre de psychopathologies. Il est notamment observé à différents degrés dans les troubles anxieux (Aktar et al., 2017; Eley et al., 2015; Pape & Collins, 2011; Rice, 2022), la dépression majeure (Goodman et al., 2011; Gotlib et al., 2014; Jacobs et al., 2015; Oquendo et

al., 2013; Weissman et al., 2006), le trouble bipolaire (Duffy et al., 2017; Lau et al., 2018; Oquendo et al., 2013; Post et al., 2018), le trouble de personnalité limite (Boucher et al., 2017; Fatimah et al., 2020; Newman & Stevenson, 2005; Infurna et al., 2016; Petfield et al., 2015) et les troubles psychotiques (Hamad et al., 2024; Hameed & Lewis, 2016; Rasic et al., 2014).

La méta-analyse conduite par Rasic et al. (2014), synthétisant les résultats de 33 études documentant les taux absous et relatifs de troubles mentaux chez les descendants de parents affectés par diverses psychopathologies sévères, révèle que cette progéniture présenterait une probabilité de 50% de développer un trouble mental et 32% de risque de manifester un trouble mental qualifié de sévère. Ainsi, un enfant ayant un parent vivant avec un trouble mental présenterait un risque 2,5 fois supérieur de développer un trouble similaire comparativement à un enfant n'ayant pas de parent souffrant d'une psychopathologie. Leurs résultats suggèrent également que la transmission de troubles mentaux peut s'avérer hétérotypique—c'est-à-dire différente du diagnostic parental—ou homotypique—c'est-à-dire pareille au diagnostic parental.

Parentification et proche-aidance

Concernant leur expérience subjective, la méta-synthèse de Dam et Hall (2016) révèle que l'imprévisibilité associée aux symptômes d'un trouble mental parental peut engendrer chez les jeunes un sentiment accru de responsabilité, des remords et des préoccupations. Les recherches indiquent que les enfants dont un parent souffre d'un trouble mental grave peuvent vivre un « renversement des rôles » avec ce dernier, phénomène communément désigné sous le terme de « parentification » (Boström & Strand, 2021; Cudjoe et al., 2021; Villatte et al., 2021). En d'autres termes, ces jeunes deviendraient fréquemment d'importants pourvoyeurs de soutien pour leurs parents et familles (Harries et al., 2023; Villatte et al., 2022). Ces jeunes peuvent notamment se heurter à l'insuffisance des soins médicaux accessibles à leurs parents et se retrouver contraints d'assumer leur prise en charge lorsque l'accès aux services de santé

nécessaires est compromis (Dobener et al., 2022). La parentification peut prendre la forme de soins instrumentaux (p.ex. les tâches ménagères, les soins à la fratrie, la gestion des médicaments) et les soins émotionnels (p.ex. le fait d'offrir du réconfort, de répondre aux crises et d'assurer la sécurité des membres de leur famille) (Blake-Holmes, 2020; Villatte et al., 2021). Källquist et Salzmann-Erikson (2019) ont affirmé que cette inversion de rôles s'avère souvent être une cause de détresse psychologique importante chez les jeunes. Selon Villatte et al. (2021), le phénomène de parentification limite fréquemment le temps disponible pour l'exploration identitaire, ce qui peut entraîner chez ces jeunes un développement de la connaissance de soi appauvrie ou altérée.

Besoins des parents ayant un trouble mental et leurs enfants

À la lumière des enjeux décrits ci-haut, l'importance d'identifier et de soutenir les parents ayant un trouble mental et leurs familles est de plus en plus reconnue (Bacon et al., 2023; Goodyear et al., 2015; Harries et al., 2023; Reedtz et al., 2019; Tchernegovski et al., 2017; Wahl et al., 2017). La revue systématique de la littérature effectuée par Wahl et al. (2017) identifie les besoins et comportements de recherche d'aide de parents présentant un trouble mental et de leurs enfants. Notablement, on y rapporte que pour les parents, les besoins consistent, par exemple, en la réduction de la stigmatisation (p.ex. sous forme d'éducation générale aux troubles mentaux), un système d'aide orienté vers l'individu (p.ex. sous forme de ressources disponibles lors de situations de crise), l'inclusion de leur famille dans le traitement de leur trouble mental (p.ex. sous forme de rencontres familiales avec un professionnel de la santé mentale), et des informations éducatives en lien avec les troubles mentaux (p.ex. en lien avec leurs conséquences de sur le rôle parental). Ces parents rapportent également le besoin d'un espace non-jugeant pour aborder leurs difficultés, tant en matière de santé mentale que concernant leur rôle parental (Bacon et al., 2023; Cooper et al., 2023).

Wahl et al. (2017) soulignent que les besoins des enfants répertoriés dans la littérature comprennent notamment les besoins d'information en lien avec les troubles mentaux (p.ex. en lien avec le fait qu'un comportement parental incompris par l'enfant pourrait conduire à un renforcement de ses inquiétudes), les besoins de reconnaissance (p.ex. la simple reconnaissance de la part des professionnels traitant leurs parents dans des services de santé mentale), les besoins de soutien émotionnel (p.ex. le fait de se sentir entendu par un professionnel de la santé), les besoins de réduction de la stigmatisation (p.ex. de comprendre que leurs difficultés ne sont pas étrangères à ce que peuvent vivre d'autres jeunes), ainsi que les besoins d'enseignement d'habiletés d'adaptation (p.ex. des stratégies de résolution de problèmes). En ce sens, les parents et leurs enfants soulignent l'importance du soutien pouvant être offert par les professionnels de la santé pour répondre à ces besoins (Ali et al., 2013; Bacon et al., 2023; Bilsborrow et al., 2015; Dam & Hall, 2016; Foster et al., 2018; Grové et al., 2016; Harries et al., 2023; Perera et al., 2014b; Reupert et al., 2013; Reupert et al., 2023; Villatte et al., 2021; Wahl et al., 2017; Yamamoto & Keogh, 2018).

CHAPITRE II

Soutenir les parents et familles où un parent a un trouble mental

Malgré les besoins identifiés ci-haut chez les parents et leurs enfants, le statut parental des usagers n'est pas toujours pris en compte dans les milieux de santé mentale pour adultes (Falkov et al., 2016; Goodyear et al., 2015, 2018; Reedtz et al., 2019). Les jeunes dont un parent a un trouble mental demeurent ainsi trop souvent dans l'angle mort des services : ils ne sont ni identifiés, ni considérés dans les évaluations et les décisions cliniques concernant leur parent, et leurs propres besoins de soutien ne sont pas reconnus (Blake-Holmes & Cook, 2024). Ce phénomène s'explique notamment par les nombreux obstacles organisationnels liés à l'identification de ces jeunes ainsi que par le manque de compétences et de formation des professionnels pour intervenir auprès de cette clientèle (Falkov et al., 2016; Goodyear et al., 2015, 2018; Reedtz et al., 2019). Pourtant, les professionnels en santé mentale joueraient un rôle essentiel dans le soutien de ces jeunes et leurs parents, ainsi que la prévention de la transmission intergénérationnelle des troubles mentaux (Reupert et al., 2012). Tel que Zalewski et al., (2017) l'expriment :

Un praticien qui traite un parent possède une opportunité unique d'intervenir en faveur d'un enfant. Traiter des adultes qui sont parents pourrait être l'outil le plus sous-utilisé et pourtant le plus puissant pour réduire l'incidence de la psychopathologie dans la génération suivante (p.383, traduction libre).

Contexte organisationnel des services en santé mentale au Québec

Le système de santé mentale au Québec se distingue par son intégration des services de santé et des services sociaux sous une autorité organisée selon un modèle à trois lignes de soins (Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 2022a), coordonné par 22 centres intégrés, soit les Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) et Centre intégré

universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) (Gouvernement du Québec, 2018; Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales, 2024). Au niveau provincial, le MSSS y assure la coordination interrégionale et y détermine les normes (MSSS, 2018). Ses responsabilités spécifiques en santé mentale incluent la publication des plans d'action provinciaux, dont le plus récent Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026 (MSSS, 2022b).

Concrètement, dans le contexte des services publics québécois, l'ensemble des services spécifiques en santé mentale offerts aux personnes de 17 ans et demi et plus présentant un diagnostic ou des symptômes de troubles de santé mentale affectant leur fonctionnement quotidien est désigné sous le nom « Santé mentale adulte » (SMA) (CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal, 2025b; MSSS, 2022a). Ces services sont destinés à ces adultes, mais également aux familles et à l'entourage de personnes présentant des troubles de santé mentale. Il importe de noter que les services en SMA se distinguent des services en « Santé mentale jeunesse » (SMJ), qui représentent l'ensemble des services en santé mentale offerts aux enfants et adolescents de 0 à 18 ans aux prises avec des problématiques de santé mentale et leurs familles (CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal, 2025a; CISSS des Laurentides, 2024; MSSS, 2022a).

Les services en SMA et SMJ s'inscrivent dans le cadre du Programme Québécois pour les Troubles Mentaux (PQPTM), un programme provincial mis en place afin d'améliorer l'accès, la qualité et l'équité des services publics en santé mentale en offrant une gamme d'interventions allant des autosoins à la psychothérapie (MSSS, 2020). Reposant sur un modèle de soins par étapes, les services y comprennent notamment la dispensation de guides et programmes d'autosoins, des interventions de groupe ainsi que des rencontres de suivi individuel avec un professionnel de la santé et des services sociaux (p. ex. travailleurs sociaux, psychologues, ergothérapeutes, infirmiers, etc.) (CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, 2025; CIUSSS

du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, 2025; MSSS, 2022b). Ces services sont entre autres offerts dans les Centres locaux de services communautaires (CLSC) du territoire de résidence de la personne usagère (CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal, 2025b).

Bien que le Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026 intègre l'importance de l'accompagnement des enfants et familles touchés par les troubles mentaux parentaux (MSSS 2022b), témoignant d'un engagement croissant du gouvernement québécois envers cette population, les modalités concrètes d'intégration de cette orientation dans l'offre de services publics actuelle demeurent peu définies et peu étayées dans les documents consultés.

À l'international, plusieurs auteurs suggèrent comme cadre de pratique l'approche centrée sur la famille et la mise en œuvre de pratiques centrées sur la famille (PCF) pour appuyer le rétablissement des adultes présentant des troubles mentaux, ainsi que la santé mentale et l'adaptation psychosociale de leurs proches, dont leurs enfants (Foster et al., 2016; Tuck et al., 2022; Wahl et al., 2017).

Les prochaines sections porteront donc sur la définition de l'approche centrée sur la famille et des PCF qui la constituent, ainsi que sur les obstacles et facteurs facilitant sa mise en place dans les milieux pratiques par les professionnels de la santé mentale adulte.

L'approche centrée sur la famille

Définition

L'approche centrée sur la famille englobe un continuum d'intensité de soins et services, allant de PCF essentielles telles l'évaluation des besoins familiaux, l'éducation psychologique sur les conséquences de différents troubles mentaux et le référencement de jeunes vers des services adaptés à leurs besoins, jusqu'aux pratiques plus soutenues tels le soutien instrumental, émotionnel et social, l'accompagnement parental, la coordination de soins entre familles et

services, ou la thérapie familiale (Foster et al., 2016; Foster et al., 2019; Lagdon et al., 2021; Maybery et al., 2016). En ce sens, Lagdon et al. (2021) ont définit l'approche centrée sur la famille comme « une approche de prestation de services par laquelle les professionnels engagent les utilisateurs de services dans le contexte de leurs relations familiales immédiates et s'efforcent de répondre aux besoins des utilisateurs de services et des membres de la famille » (p.413, traduction libre).

Le modèle de rétablissement relationnel

L'approche centrée sur la famille s'inscrit dans un mouvement plus large survenu au cours des deux dernières décennies en santé mentale entourant la reconnaissance croissante de l'importance des relations sociales et familiales dans le processus de rétablissement des personnes vivant avec un trouble mental (Foster et al., 2019; Price-Robertson et al., 2017; Wyder et al., 2022). Ce tournant dit « relationnel » s'oppose aux approches historiquement dominantes, centrées principalement sur des modèles individuels biomédicaux du rétablissement, qui conçoivent le rétablissement en termes de réduction des symptômes liés au trouble et de stabilité clinique (Price-Robertson et al., 2017). Face aux limites des modèles de rétablissement individuels, Price-Robertson et al. (2017) mettent de l'avant que le modèle du rétablissement relationnel repose sur l'idée que le rétablissement est un processus intersubjectif, façonné par les interactions et les liens que la personne entretient avec les membres de sa famille, ses proches et sa communauté. En d'autres termes, cette perspective reconnaît que le parcours de rétablissement d'un individu s'inscrit nécessairement dans le tissu social qui l'entoure. Il reconnaît également que les proches sont intrinsèquement imbriqués et vivent eux-mêmes ce processus de rétablissement, en y intégrant leurs expériences, rôles et perspectives propres (Wyder & Bland, 2014; Wyder et al., 2022). Chez les parents vivant avec un trouble mental, cette perspective prend

une importance particulière, permettant d'envisager le rétablissement non seulement à travers la personne, mais aussi à la lumière de ses relations avec ses proches, dont ses enfants.

Retombées positives de l'intégration de PCF en santé mentale adulte

Bienfaits pour les parents-usagers. Les recherches récentes suggèrent que l'intégration de PCF en milieux de santé mentale pour adultes peut être associée à divers bénéfices cliniques et psychosociaux. Par exemple, la revue de la littérature menée par MacFarlane (2011) a trouvé que ces pratiques contribueraient à la réduction des taux de rechute et des admissions hospitalières chez les usagers ayant de troubles mentaux, tout en améliorant l'observance thérapeutique.

Plus encore, l'intégration de la perspective de l'enfant dans les soins de santé mentale pour adultes pourrait entraîner des améliorations supplémentaires au niveau du rétablissement des usagers qui sont parents (Lauritzen, 2014). En effet, les PCF auraient des répercussions positives significatives tant sur le soutien des parents dans leur rôle parental que sur leur processus de rétablissement en santé mentale (Awram et al., 2017; Cooklin, 2013; Foster et al., 2016; Lauritzen, 2014; Reupert et al., 2013). Lagdon et al. (2021) soulignent que l'approche centrée sur la famille favorise une meilleure sensibilisation des parents aux difficultés associées aux troubles mentaux, une connaissance accrue des besoins de leurs enfants, ainsi que des améliorations tangibles de la relation parent-enfant. La pertinence d'approches thérapeutiques ciblant à la fois la psychopathologie et la parentalité pourrait ainsi s'expliquer par l'interaction bidirectionnelle entre le bien-être psychologique du parent et ses compétences parentales. À cet égard, la métanalyse menée par Rusu et al. (2025) a mis en évidence une corrélation significative négative modérée entre le stress parental et le bien-être, suggérant qu'un niveau plus élevé de stress serait associé à un bien-être moindre chez cette population.

Bienfaits pour les enfants de parents-usagers. L'offre de soutien aux familles dont un parent présente un trouble mental génère également des retombées importantes sur la protection et la promotion de la résilience des jeunes et la prévention de la survenue de problèmes de santé mentale chez ces derniers (Beardslee et al., 2012; Goodyear et al., 2015; Lannes et al., 2021; Punamäki et al., 2013; Siegenthaler et al., 2012). Les résultats de deux revues systématiques suggèrent que les interventions préventives ciblant les enfants de parents ayant un trouble mental permettent notamment l'amélioration du comportement et du fonctionnement émotionnel, la réduction du stress, ainsi qu'une meilleure compréhension des enjeux liés au trouble mental du parent (Lagdon et al., 2021; Thanhäuser et al., 2017).

De plus, les interventions préventives ciblées pour les jeunes dont un parent présente un trouble mental réduiraient significativement l'incidence de troubles mentaux chez ces derniers, avec une diminution du risque de près de 50% au niveau des symptômes globaux, d'intériorisation et d'extériorisation selon les résultats de la revue systématique et méta-analyse d'essais randomisés contrôlés menée par Lannes et al. (2021). Plus globalement, les PCF permettraient une diminution du fardeau ressenti par les proches d'adultes usagers en santé mentale (MacFarlane, 2011).

Mise en pratique des PCF en contexte de services en santé mentale pour adultes

Malgré leurs nombreux bienfaits pour les parents et leurs enfants, les PCF seraient encore sous-adoptées en contexte de services en santé mentale pour adultes (Afzelius et al., 2018; Grant et al. 2018; Lauritzen et al., 2014; Mulligan et al., 2020). Pour mieux comprendre ce phénomène, au cours des dernières années, plusieurs auteurs se sont penchés sur la question des obstacles et facteurs facilitants rapportés par les professionnels de la santé mentale adulte quant à la mise en œuvre de PCF (Maybery et Reupert, 2009; Gregg et al., 2021; Tuck et al., 2022). Plus

récemment, Piché et al. (2024c) ont apporté une contribution supplémentaire à cette question en documentant les prédicteurs de l'adoption des PCF chez les professionnels œuvrant en santé mentale adulte au Québec, un contexte nord-américain encore peu exploré à cet égard.

À la suite de la réalisation d'une revue de la littérature sur le sujet, Maybery et Reupert (2009) ont conceptualisé un modèle présentant une hiérarchie de facteurs influençant la mise en œuvre de PCF soulevés par les professionnels dans la littérature (**Figure A1**). Ce modèle est composé des éléments suivants : les facteurs organisationnels, les facteurs liés aux professionnels, les facteurs liés à l'engagement des clients et les facteurs liés aux parents-usagers et à leurs familles. Ces facteurs, dont il sera question dans les prochains paragraphes, furent généralement soutenus et nuancés par les résultats mis en évidence par la revue systématique des écrits réalisée par Gregg et al. (2021) (**Figure A2**) considérant dix études quantitatives et neuf études qualitatives, ainsi que par ceux de la méta-synthèse des études qualitatives publiée par Tuck et al. (2022) considérant 19 études.

Facteurs organisationnels.

Selon le modèle de Maybery et Reupert (2009), les facteurs organisationnels exerceraient une influence importante sur la mise en pratique de PCF chez les professionnels de la santé mentale adulte. Ces auteurs ont souligné l'importance de politiques institutionnelles reconnaissant les familles et les enfants des usagers en tant qu'individus avec leurs propres forces et besoins, ainsi qu'en tant que collaborateurs importants dans le traitement.

Politiques, directives et formation. Parmi les facteurs organisationnels identifiés dans les récents écrits, un obstacle souligné est le manque de politiques et de lignes directrices cohérentes au sein des institutions visant à identifier le statut parental des usagers et à intégrer les enfants et la famille au sein de l'offre de services (Gregg et al. 2021; Maybery et Reupert, 2009;

Tuck et al. 2022). Dans les contextes où les considérations familiales ne sont pas intégrées aux politiques de services, les professionnels rapportent un manque de directives claires qui amplifie leur sentiment d'insuffisance de connaissances et renforce leur réticence à mettre en œuvre des PCF (Tuck et al., 2022). Parallèlement, la formation portant sur les PCF fut soulignée comme étant un facilitateur facilitant crucial par Maybery et Reupert (2009), Gregg et al. (2021) et Tuck et al. (2022).

Ressources. Un autre obstacle relève de l'allocation inadéquate des ressources, particulièrement les ressources temporelles, l'espace physique et les outils spécialisés, pour permettre la mise en œuvre de PCF (Gregg et al. 2021; Maybery et Reupert, 2009; Tuck et al. 2022). Allant dans ce sens, Piché et al. (2024b) ont indiqué que le soutien organisationnel, incluant notamment la possibilité de supervision, l'allocation de temps, le soutien des collègues et la possibilité de référencement, jouait un rôle significatif (Rapport des cotes inversés = 1,90) dans la mise en œuvre de PCF.

Gregg et al. (2021) et Tuck et al. (2022) ont également souligné que les études disponibles suggèrent la pertinence de se pencher sur l'impact du lieu de travail physique sur ces pratiques. Par exemple, certaines données spécifient que les professionnels œuvrant en milieux communautaires seraient plus portés à anticiper l'implication active de familles que ceux œuvrant en milieux hospitaliers (Grant & Reupert 2016; Ward et al. 2017). Cela étant dit, l'espace physique pour recevoir les familles et les enfants d'usagers a été identifié comme étant un défi au sein de ressources communautaires également (Slack & Webber, 2008). Finalement, certains professionnels pourraient avoir de la difficulté à identifier des services et un soutien appropriés pour les familles, en raison d'un manque de disponibilité ou d'une inadéquation entre les besoins des familles et les services offerts (Maybery et al. 2009).

Facteurs liés aux parents-usagers et à leurs familles.

Les facteurs liés directement aux usagers et à leurs familles, dont l'engagement de ces derniers dans le processus clinique, composent une part des facteurs influençant la mise en oeuvre de PCF, selon Maybery et Reupert (2009). Par exemple, certains professionnels ont identifié la réticence des usagers à discuter des enjeux entourant la parentalité ou de caractéristiques de leurs enfants comme étant une barrière importante. En ce sens, on postule que certains parents pourraient craindre de perdre la garde de leurs enfants en abordant ces notions avec un professionnel, tel que souligné dans l'étude de Grant et al. (2018).

La stigmatisation vécue par les parents-usagers et leurs enfants mérite également d'être considérée comme ayant une incidence sur le plan des services en santé mentale adulte (Dobener et al., 2022; Wahl et al., 2017). Allant dans sens, Tuck et al. (2022) ont souligné que les familles rencontrées dans ce contexte sont souvent décrites comme se sentant honteuses, coupables et stigmatisées. Ces dynamiques mèneraient à des conflits familiaux et auraient des conséquences sur l'engagement des familles avec les PCF, selon les professionnels.

Facteurs liés aux professionnels.

Il convient de souligner que, selon les recherches de Maybery et al. (2016), les facteurs associés aux professionnels de la santé mentale représentent les indicateurs les plus significatifs dans l'adoption de PCF. En ce sens, ces derniers occupent une position clé leur permettant d'influencer directement la multitude de variables qui soit facilitent, soit entravent l'application de ces pratiques. Par exemple, Piché et al. (2024b) ont trouvé que les professionnels œuvrant à temps plein étaient 2,34 fois plus susceptibles de rapporter un niveau élevé de PCF par rapport à ceux à travaillant temps partiel. Ce facteur s'est avéré être le prédicteur de PCF le plus significatif identifié dans le cadre de leur étude. À cet effet, les auteurs émettent l'hypothèse que les professionnels travaillant à temps plein pourraient disposer davantage de temps pour travailler

avec les familles et pourraient bénéficier de formation ou de supervision accrue comparativement à leurs collègues à temps partiel.

Ainsi, les obstacles et facilitateurs liés directement aux professionnels constituent des facteurs conséquents à considérer (Gregg et al. 2021; Maybery et Reupert, 2009; Tuck et al. 2022). Ces facteurs sont notamment constitués des attitudes, croyances et connaissances, ainsi que des rôles, responsabilités et compétences perçus des professionnels.

Attitudes et croyances. Selon Maybery et Reupert (2009), les effets de la stigmatisation entourant les troubles mentaux soutenue par les professionnels eux-mêmes constitue un obstacle important empêchant le soutien efficace des familles. Parallèlement, le manque de connaissances de certains professionnels quant aux conséquences possibles de différents troubles mentaux serait un autre obstacle selon ces mêmes auteurs. Pour cette raison, entre autres, l'auto-perception des professionnels comme étant compétents et bien informés serait liée à l'utilisation accrue de PCF (Gregg et al. 2021; Maybery et Reupert, 2009; Tuck et al. 2022).

Plusieurs études ont mis en évidence les diverses croyances des professionnels concernant l'approche centrée sur la famille (Gregg et al. 2021; Maybery et Reupert, 2009; Tuck et al. 2022). Notamment, les travaux de Gregg et al. (2021) et Tuck et al. (2022) ont identifié une contradiction importante entre l'approche centrée sur l'individu et celle centrée sur la famille. Cette tension révèle que la philosophie chez les professionnels privilégiant les soins individualisés demeure prédominante dans les services actuels de santé mentale pour adultes, ce qui s'oppose à une perspective intégrant pleinement les proches dans le processus thérapeutique, comme l'ont souligné Tuck et al. (2022). De ce fait, certains professionnels expriment la crainte d'avoir un impact négatif sur leur relation privilégiée avec leur client en adoptant une PCF. Ainsi, certains considèrent les enjeux parentaux seulement lorsqu'ils ont été soulevés par le client lui-même (Gregg et al., 2021). Néanmoins, Gregg et al. (2021) ont affirmé que les professionnels

expriment souvent des attitudes positives quant aux avantages des PCF, ce qui accroîtrait leur volonté à en intégrer des aspects dans leur pratique.

Compétences perçues. Les compétences des professionnels seraient souvent mises à l'épreuve lors de la mise en œuvre de PCF. L'accompagnement des familles où un parent a un trouble mental représente un défi professionnel d'une complexité particulière. Les professionnels doivent naviguer entre les besoins souvent divergents du parent et ceux de ses enfants, exigeant ainsi une expertise multidimensionnelle (Maybery et Reupert, 2009; Tuck et al., 2022). Les résultats de Piché et al. (2024c) suggèrent que chaque augmentation d'un point sur une échelle des compétences perçues à l'égard de PCF soit associée à une probabilité 2,26 fois plus élevée de rapporter un haut niveau de PCF chez ces professionnels.

Sous un autre angle, Tuck et al. (2022) ont identifié que l'expérience parentale personnelle des professionnels constitue un facteur sous-tendant la perception d'auto-efficacité dans l'accompagnement des familles. Par exemple, les auteurs rapportent que les professionnels ayant eux-mêmes des enfants rapportent une sensibilité, des compétences et des connaissances accrues des besoins des usagers et de leurs enfants.

Rôles et responsabilités liés à la profession. Finalement, les facteurs facilitants et les obstacles associés aux PCF apparaissent aussi étroitement liés à la façon dont les professionnels conçoivent leurs rôles et responsabilités en fonction de leur appartenance disciplinaire (Gregg et al., 2021; Maybery et Reupert, 2009; Tuck et al., 2022). La littérature abonde en études qui soulignent l'importance d'examiner l'influence des différentes disciplines professionnelles sur ces dynamiques (Foster & Isobel, 2018; Grant & Reupert 2016; Grant et al., 2019; Houlihan et al. 2013; Korhonen et al. 2008, 2010a, 2010b; Krumm et al., 2019; Lauritzen & Reedtz, 2013; Leenman & Arblaster, 2020; Maddocks et al., 2010; Mayberry et al. 2014; O'Brien et al. 2011; Pfeiffenberger et al., 2016; Piché et al. 2023; Radley et al., 2021; Reupert et al. 2015; Sjöblom et

al., 2005; Slack & Webber 2008; Strand & Rudolfsson, 2018; Tchernegovski et al. 2018a; Tchernegovski et al. 2018b; Tungpunkom et al. 2017; Ward et al. 2017). Par exemple, la littérature qualitative suggère que l'intégration des PCF serait considérée comme relevant de la responsabilité professionnelle de certains groupes disciplinaires spécifiques, tandis qu'elle serait perçue comme étrangère au mandat d'autres (Gregg et al., 2021; Shah-Anwar et al., 2019). La prochaine section aura pour but de dresser l'état des lieux concernant ces différences entre groupes disciplinaires dans un contexte de santé mentale adulte.

Differences disciplinaires en contexte de santé mentale adulte

Afin de bien saisir les différences documentées entre professions en santé mentale adulte en termes de mise en œuvre de PCF, une recension narrative de la littérature a été itérativement menée en 2022 et mise à jour en 2025. Les bases de données consultées incluent celles accessibles via l'Université du Québec en Outaouais, notamment PsycARTICLES, CINAHL Ultimate, Taylor & Francis, Scopus, Wiley et Érudit. La période couverte par la recension s'étend principalement de 2012 à 2025. Les recherches ont été menées en français et en anglais afin de refléter la littérature internationale tout en considérant les spécificités du contexte québécois.

Les termes de recherche ont été élaborés en utilisant des combinaisons booléennes. Parmi les combinaisons utilisées, on retrouve par exemple : ("family-focused" OR "family-centred" OR "family-centered") AND ("adult mental health" OR "adult psychiatrist*") AND (practitioner* OR clinician* OR "health professional*"). Des recherches en français ont également été menées selon les mêmes principes booléens.

Les critères d'inclusion étaient les articles scientifiques revus par les pairs, les revues systématiques, méta-analyses et méta-synthèses. La sélection des documents s'est effectuée par la lecture des titres et résumés afin d'évaluer leur pertinence par rapport aux objectifs de la recension. Aucun critère d'exclusion strict n'a été appliqué concernant les devis de recherche.

Au total, six articles internationaux ont été sélectionnés, soit les travaux de Grant et al. (2018), Maybery et al. (2014), Piché et al. (2023), Skogøy et al. (2019), Tungpunkom et al. (2017) et Yao et al. (2021). Ceux-ci se sont intéressées à soulever les similarités et différences entre les champs disciplinaires des professionnels œuvrant en santé mentale adulte quant aux PCF. Ces études, réalisées principalement avec un devis transversal, ont utilisé diverses versions du *Family Focused Mental Health Practice Questionnaire* (FFMHPQ), un instrument validé développé par Maybery et al. (2012) mesurant la mise en œuvre, les obstacles et les facilitateurs des PCF. Le **Tableau B1** en annexe présente les devis et un résumé détaillé des différences significatives entre les professions identifiées dans ces études.

À travers ces études, plusieurs tendances émergent concernant les différences entre champs disciplinaires. Il est notamment possible d'observer des différences significatives entre deux professions essentielles au personnel en santé mentale, soit les travailleurs sociaux et psychologues. Dans l'ensemble, ces études suggèrent que les travailleurs sociaux tendent à adopter davantage de PCF que les autres professionnels, incluant les psychologues. Cette tendance se reflète dans des scores plus élevés sur diverses dimensions du FFMHPQ, notamment en ce qui concerne la capacité à identifier les enfants d'usagers, à référer les familles vers des services de soutien appropriés, à évaluer les conséquences du trouble mental sur la famille, et à intervenir directement auprès des familles (Maybery et al., 2014 ; Grant et al., 2018 ; Skogøy et al., 2019 ; Tungpunkom et al., 2017 ; Piché et al., 2023).

Plus précisément, les travailleurs sociaux rapportent généralement un niveau plus élevé de confiance, de compétence et de connaissance pour soutenir les parents et leurs enfants (Tungpunkom et al., 2017 ; Grant et al., 2018 ; Piché et al., 2023). Ils se distinguent aussi par un soutien organisationnel perçu plus important, davantage d'accès à des ressources adaptées, et une

meilleure connaissance des politiques institutionnelles relatives aux familles (Tungpunkom et al., 2017 ; Piché et al., 2023).

En comparaison, les psychologues rapportent des niveaux intermédiaires de PCF, se situant entre les travailleurs sociaux et d'autres professions comme les infirmiers pour ce qui a trait à leur confiance dans le travail auprès de familles (Maybery et al., 2014). En Norvège, Skogøy et al. (2019) soulignent une implication moins marquée des psychologues dans les activités de soutien aux familles comparativement aux travailleurs sociaux, particulièrement sur les échelles de soutien familial et de référencements pour les membres de la famille du FFMHPQ.

Au Québec, Piché et al. (2023) confirment cette dynamique générale, soit que les travailleurs sociaux rapportent se sentir plus confiants, compétents et connaissant en matière de PCF que les autres professionnels investigués, dont les psychologues. Entre autres, les travailleurs sociaux rapportent percevoir un plus grand soutien organisationnel que les psychologues et affichent des scores plus élevés quant aux attitudes et croyances quant à la pertinence de la PCF comparativement à ces derniers.

Distinctions des professions de travailleur social et de psychologue au Québec

Dans le contexte québécois, les travailleurs sociaux et les psychologues constituent deux professions distinctes encadrées par des ordres professionnels respectifs et caractérisées par des exigences de formation et champs de pratique spécifiques. Les travailleurs sociaux sont régis par l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OTSTCFQ) (OTSTCFQ, s.d.-a.). Le champ d'exercice des travailleurs sociaux, tel que défini dans le Code des professions, consiste à « [...] évaluer le fonctionnement social, déterminer un plan d'intervention et en assurer la mise en œuvre ainsi que soutenir et rétablir le fonctionnement social de la

personne en réciprocité avec son milieu dans le but de favoriser le développement optimal de l'être humain en interaction avec son environnement; » (art. 37d)i. ; 2025).

Pour obtenir le droit d'exercice en travail social, les candidats doivent détenir un baccalauréat ou une maîtrise en travail social d'une université québécoise reconnue, dont la formation est ancrée dans les compétences définies au Référentiel de compétences des travailleuses sociales et des travailleurs sociaux (OTSTCFQ, 2012; OTSTCFQ, s.d.-b). Ce dernier regroupe dix compétences organisées autour de quatre domaines, soit « une pratique éthique, critique et réflexive », « un processus d'intervention avec les individus, les familles, les groupes et les collectivités », « des collaborations professionnelles, intersectorielles et partenariales », ainsi qu' « une contribution au développement professionnel et à l'évolution de la profession » (OTSTCFQ, 2012, pp. 16-21).

Pour leur part, les psychologues au Québec sont régis par l'Ordre des psychologues du Québec (OPQ). L'OPQ assure la qualité des services offerts par ses membres et défend leur accessibilité (OPQ, s.d.-a). L'accès à la profession de psychologue au Québec exige actuellement l'obtention d'un doctorat en psychologie d'une université québécoise reconnue dont le modèle de formation repose sur l'acquisition de sept domaines de compétences, soit les relations interpersonnelles, l'évaluation, l'intervention, la recherche, l'éthique, la consultation et la supervision (OPQ, 2021; OPQ, s.d.-b). Le champ de compétences du psychologue consiste à « [...] évaluer le fonctionnement psychologique et mental ainsi que déterminer, recommander et effectuer des interventions et des traitements dans le but de favoriser la santé psychologique et de rétablir la santé mentale de l'être humain en interaction avec son environnement; » (Code des professions, art. 37e) ; 2025).

Limites de la littérature quant aux différences documentées entre les psychologues et travailleurs sociaux dans la mise en œuvre de PCF

Malgré la documentation des différences entre professionnels concernant les PCF auprès de parents usagers illustrées ci-haut, les mécanismes sous-tendant ces écarts demeurent peu explorés empiriquement. Allant dans ce sens, certains auteurs ont avancé que le champ d'exercice ou la formation des différents groupes professionnels pourraient constituer des facteurs explicatifs de ces écarts (Grant et al., 2016; Skogøy et al., 2019; Tungpunkom et al., 2017; Yao et al., 2021). Skogøy et al. (2019) suggèrent par exemple que la formation académique pourrait jouer un rôle déterminant, les travailleurs sociaux bénéficiant généralement d'une éducation plus approfondie concernant les perspectives familiales et systémiques. Grant et al. (2018) soulignent également l'influence possible des mandats professionnels distincts, les travailleurs sociaux étant traditionnellement plus orientés vers l'intervention familiale et communautaire.

À notre connaissance, aucune étude à ce jour ne s'est penchée sur l'exploration approfondie des différences concernant les PCF, et ce, particulièrement chez les travailleurs sociaux et psychologues œuvrant auprès de parents en santé mentale adulte. Une analyse qualitative permettrait ainsi de documenter les manifestations concrètes de ces différences dans leurs pratiques quotidiennes et d'identifier les facteurs professionnels spécifiques qui contribuent à ces distinctions. À la lumière de ces limites au sein de la littérature, notre étude vise à combler cette lacune, en explorant, à travers une méthodologie qualitative, les perspectives distinctes des travailleurs sociaux et des psychologues concernant les PCF, ainsi que les facteurs propres à chaque profession contribuant à leur mise en œuvre.

CHAPITRE III

Le présent projet

Objectifs

Ce projet qualitatif vise à documenter et comparer les pratiques adoptées par les psychologues et travailleurs sociaux œuvrant au sein de services en SMA auprès de parents-usagers au Québec. Plus spécifiquement, il cherche à répondre à deux objectifs : 1. dresser un portrait des pratiques mises en œuvre par chaque groupe professionnel dans leurs interventions auprès des parents-usagers; et 2. explorer les facteurs liés à la profession associés à l'adoption de ces pratiques. Pour atteindre ces objectifs, les professionnels concernés ont été directement sollicités afin de recueillir leurs perspectives et de documenter leur expérience à ce sujet.

Méthodologie de recherche

Ce projet s'inscrit dans la deuxième phase qualitative d'une plus large étude provinciale menée par Geneviève Piché, Ph.D., visant à documenter les pratiques de soutien des intervenants et des professionnels québécois œuvrant en SMA intitulée *Enquête provinciale sur les pratiques de soutien en santé mentale auprès des parents-usagers et leurs familles*. Dans ce contexte, 64 professionnels volontaires à travers le Québec ont accepté l'invitation à participer à des entrevues individuelles au sujet de leurs pratiques auprès de cette population.

Éthique

L'étude dans laquelle s'inscrit ce projet a été approuvée par le comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais (UQO) (2021-1167/14 décembre 2020) et le comité d'éthique de la recherche sectoriel en santé des populations et première ligne du CIUSSS de la Capitale-Nationale (MP-13-2021-2135/10 décembre 2020). Une approbation éthique a également été émise par le comité d'éthique en recherche de l'UQO pour le présent projet doctoral (#2024-2958).

Participants

Répondant à un échantillonnage volontaire—une méthode de sélection de participants par lequel les individus se portent volontaires pour participer à l'étude (Statistique Canada, 2021)—les critères d'inclusion des participants au sein de l'étude provinciale ont été les suivants : 1) Travailler auprès d'adultes âgés de moins de 65 ans ayant un trouble mental; 2) Être un professionnel œuvrant au sein du réseau de la santé et des services sociaux québécois; 3) Avoir consenti à être recontacté par courriel pour la deuxième phase du projet mené par Piché et al. (2023) dans le formulaire de consentement à la participation au questionnaire en ligne; 4) Être disponible pour participer à une entrevue individuelle au moment ciblé par l'équipe de recherche et 5) Parler et comprendre la langue française.

Le présent projet doctoral a privilégié un échantillonnage intentionnel—c'est-à-dire une méthode non probabiliste où les sujets de recherche sont délibérément choisis en fonction des critères de l'étude (Jupp, 2006)—ciblant spécifiquement deux groupes professionnels parmi la banque d'entrevues réalisées : les travailleurs sociaux et les psychologues. Ce choix a découlé des lacunes identifiées dans la littérature scientifique, en particulier des différences observées entre ces deux professions lors de la première phase quantitative de l'étude provinciale (Piché et al., 2023). Rappelons que ces résultats ont révélé des distinctions significatives dans le score de PCF : les travailleurs sociaux démontrant les scores les plus élevés parmi tous les groupes professionnels étudiés, tandis que les psychologues présentaient les scores les plus bas. De plus, le bassin potentiel de recrutement initial était important, comptant 127 travailleurs sociaux et 56 psychologues ayant déjà participé à la phase quantitative initiale du projet provincial et pouvant être sollicités pour les entrevues individuelles.

Recrutement

En ce qui a trait au recrutement, un courriel d'invitation aux entrevues individuelles a été envoyé aux professionnels remplissant les critères d'admissibilité de l'étude provinciale. Ces professionnels ont eu accès à un lien vers la plateforme *Lime Survey* de l'UQO leur permettant de remplir un formulaire d'informations et de consentement (**Annexe C**). Les professionnels consentants ont alors pu indiquer leurs disponibilités pour l'entrevue individuelle menée par trois assistantes de recherche doctorantes, dont l'auteure du présent projet. Finalement, une fois les dates déterminées, un courriel a été envoyé aux professionnels participants afin de leur faire part des informations nécessaires en vue de leur participation.

Échantillon

Bien que la phase qualitative du projet provincial plus large ait mobilisé un total de 17 travailleurs sociaux et cinq psychologues qui constituaient la banque de données disponibles, un sous-échantillon de dix participants a été constitué pour les besoins spécifiques de ce projet doctoral, soit cinq travailleurs sociaux et cinq psychologues. Cette stratégie d'échantillonnage intentionnel visait à établir deux groupes professionnels comparables en termes de caractéristiques clés, permettant ainsi de mener deux analyses thématiques distinctes et d'en comparer les résultats.

En recherche qualitative comparative, l'équilibre numérique et la similarité des variables sociodémographiques clés entre les groupes comparés constitue une recommandation visant à renforcer la validité des résultats (Lindsay, 2019). En ce sens, la sélection des cinq travailleurs sociaux parmi les 17 disponibles dans l'échantillon principal a été effectuée selon des critères de comparabilité avec le groupe des psychologues. Le principal critère de sélection concernait les années d'expérience professionnelle, afin d'assurer une distribution similaire entre les deux groupes. Ainsi, l'échantillon final des travailleuses sociales comprend deux professionnelles ayant

entre 1 et 5 ans d'expérience, deux autres cumulant entre 5 et 15 ans d'expérience, et une dernière possédant plus de 15 ans d'expérience, reflétant ainsi la distribution rapportée chez les psychologues participantes.

Un second critère de sélection concernait le milieu de pratique. Considérant que quatre des cinq psychologues exerçaient en CLSC (service de première ligne) et qu'une seule pratiquait en clinique externe de psychiatrie (service de deuxième ligne), les travailleurs sociaux ont été sélectionnés selon une répartition similaire des milieux d'exercice. Ainsi, toutes les professionnelles retenues pour le présent projet travaillaient au sein de services externes en SMA auprès d'adultes vivant en communauté. Les professionnels œuvrant dans des contextes organisationnels significativement différents, tels que les organismes communautaires, les programmes de suivi intensif dans le milieu et les centres de réadaptation en dépendance ont été exclus de l'échantillon final afin de minimiser l'influence de variables contextuelles dans le processus comparatif.

Les professionnelles constituant l'échantillon final se trouvent ainsi à être réparties à travers diverses régions administratives du Québec. Cependant, dans un souci de préservation de la confidentialité et de l'anonymat (Morse & Coulehan, 2015), les zones géographiques précises de pratique ne seront pas divulguées dans le présent essai. Également, les transcriptions des entrevues ont été systématiquement dénominalisées et chaque participante a reçu un code identifiant aléatoire.

Le **Tableau 2** présente les informations démographiques auto-rapportées par les participantes de l'échantillon final.

Tableau 2

Informations sociodémographiques auto-rapportées des participantes

Code identifiant	Profession	Genre	Milieu de pratique	Années d'expérience en emploi
TS354	Travail social	Femme	CLSC	1-5 ans
TS1227	Travail social	Femme	CLSC	1-5 ans
TS1879	Travail social	Femme	CLSC	5-15 ans
TS1798	Travail social	Femme	CLSC	5-15 ans
TS4756	Travail social	Femme	CLSC	Plus de 15 ans
PSY680	Psychologue	Femme	Clinique externe de psychiatrie	1-5 ans
PSY2498	Psychologue	Femme	CLSC et Clinique externe de psychiatrie	1-5 ans
PSY3964	Psychologue	Femme	CLSC	5-15 ans
PSY1011	Psychologue	Femme	CLSC	5-15 ans
PSY1883	Psychologue	Femme	CLSC	Plus de 15 ans

Entrevues

Les entrevues ont été menées individuellement par trois assistantes de recherche doctorantes, dont l'auteure du présent essai doctoral. Ces entrevues ont été réalisés selon un guide d'entrevue semi-dirigées et permettant des questions de relance minimales visant à l'élaboration des réponses des participantes (Savoie-Zajc, 2021). Ce guide ayant été développé dans le cadre du projet provincial plus large se trouve en **Annexe D.**

Dans le cadre spécifique de ce projet doctoral, les entrevues auprès des travailleuses sociales ont duré en moyenne 43,6 minutes, tandis que celles réalisées avec les psychologues ont duré en moyenne 39,4 minutes.

Instruments

Les entrevues ont été menées virtuellement et enregistrées via l'application *Microsoft Teams* (Microsoft, 2023a). Les enregistrements ont été retranscrits par l'auteure du présent projet via l'application de traitement de texte *Microsoft Word* (Microsoft, 2023b). Les données importées ont alors été analysées par l'auteure du présent projet à l'aide du logiciel d'analyse de données qualitatives *NVIVO 12* (QSR International, 2020).

Analyses

L'analyse thématique a été privilégiée en tant que méthode en raison de sa flexibilité méthodologique permettant d'identifier des patrons—ou thèmes—dans les données qualitatives (Braun & Clarke, 2006; Fryer, 2022). Pour répondre à la visée comparative du présent projet, deux analyses thématiques distinctes mais parallèles ont été réalisées, une pour chaque groupe professionnel étudié. Cette démarche a permis l'exploration approfondie des spécificités de chaque discipline avant de procéder à une mise en relation des résultats finaux, les thèmes émergents pouvant alors être mis en parallèle pour illustrer les convergences et divergences entre

les deux groupes à l'étude (Sun et al., 2025). Les analyses ont été effectuées après la réalisation des entrevues.

Les objectifs étant à la fois de décrire les pratiques professionnelles, mais également les facteurs liés à l'appartenance professionnelle y étant associées, une approche de réalisme critique a été choisie (Fryer, 2022). Ce positionnement reconnaît que les expériences documentées en recherche ne sont pas uniquement des construits subjectifs, mais s'inscrivent dans des structures sociales, culturelles et institutionnelles objectives qui existent indépendamment des perceptions des participants, tout en étant interprétées à travers leur prisme individuel (Bhaskar, 2016; Lawani, 2020). Il a été jugé pertinent pour ce projet, puisqu'il permet d'examiner comment les PCF émergent de l'interaction entre des structures objectives préexistantes (p.ex. services en santé mentale, mandats professionnels, cadres législatifs, etc.) et l'agentivité des professionnelles qui les interprètent et négocient individuellement dans leur contexte spécifique.

Le processus analytique a généralement suivi la méthode proposée par Fryer (2022) avec l'intégration de considérations méthodologiques émises par Braun et Clarke (2021). Il a suivi une séquence d'étapes générales tout en préservant une certaine fluidité permettant des aller-retours, favorisant ainsi l'approfondissement progressif de l'analyse et le raffinement continu de l'interprétation des données d'entrevues.

Ainsi, une fois les objectifs de recherche élaborés et les entrevues auprès des professionnelles effectuées, l'auteure du présent projet a procédé à la retranscription de ces dernières—étape ayant également servi de phase de familiarisation avec les données. En parallèle, des notes réflexives et des idées initiales ont été rédigées et inscrites à un journal de bord.

Ensuite, pour chaque groupe d'entrevues (travailleuses sociales et psychologues), l'étape de codage initial a été réalisée selon une approche inductive, tout en étant informée par les

connaissances théoriques de l'auteure et les objectifs de l'étude (Fryer, 2022). Cette phase a généré des codes descriptifs capturant les propos des participantes concernant leurs pratiques (p.ex. « Travaille la gestion des émotions avec les parents » ou « Vérifie systématiquement la présence d'enfants dans ses suivis ») et des facteurs liés à la profession (p.ex. « Considère que le rôle du psychologue est de traiter le trouble de santé mentale » ou « Considère que les travailleurs sociaux ont la responsabilité d'assurer la sécurité des enfants »). Ces codes ont été progressivement et itérativement consolidés en rassemblant les codes qui exprimaient la même idée.

Puis, à partir des codes identifiés, des thèmes potentiels ont été formés. Cette étape a consisté à trier les différents codes en thèmes potentiels et à rassembler tous les extraits codés pertinents au sein des thèmes identifiés (Fryer, 2022). Les thèmes potentiels ont ensuite été revus et raffinés. Durant cette phase de révision, nous avons veillé à ce que les données au sein des thèmes soient significativement cohérentes, tout en respectant des distinctions claires entre eux. Finalement, des thèmes descriptifs (touchant aux pratiques) et des thèmes ayant une visée plutôt explicative (facteurs liés à la profession) ont été identifiés.

Les thèmes ont ensuite été comparés entre les deux groupes professionnels afin de répondre à la visée comparative du présent projet. Nous avons mis en parallèle les thèmes de chaque groupe qui abordaient un sujet similaire, tout en identifiant leurs similarités et distinctions. Ces thèmes ont été regroupés en thèmes larges et sous-thèmes plus précis pour mieux illustrer les convergences et divergences entre psychologues et travailleuses sociales et présenter les résultats en un tout cohérent. Ici, un thème représente une idée centrale conceptuelle ayant une portée plus large, tandis qu'un sous-thème constitue une composante plus spécifique de ce thème général (Braun & Clarke, 2021). Les sous-thèmes dont le contenu était similaire chez les deux groupes ont été fusionnés pour former un seul sous-thème commun, alors que ceux qui

différaient qualitativement ont été maintenus séparés. Ainsi, les résultats présentent des sous-thèmes qui sont partagés par les psychologues et travailleuses sociales, et d'autres qui sont spécifiques à chaque groupe professionnel.

Finalement, les thèmes et sous-thèmes ont été nommés—les noms élus cherchant à capturer l'essence de ce que représente chaque thème, tout en demeurant proche du langage utilisé par les participantes, tel que recommandé par Braun et Clarke (2021).

Validation des analyses

Afin d'assurer la validité et la rigueur générale de la démarche analytique, plusieurs stratégies ont été mises en œuvre. Chaque étape du processus d'analyse a été documentée à l'aide d'un journal de bord, outil recommandé par de nombreux auteurs dans le domaine de l'analyse thématique (Braun & Clarke, 2021; McGrath, 2021; Nowell et al., 2017; Paillé & Mucchielli, 2021). Ce journal a permis de documenter chronologiquement les décisions méthodologiques et l'évolution des thèmes émergents. Il a également servi d'outil réflexif, répondant ainsi à une exigence de rigueur en recherche qualitative, soit la tenue d'un compte rendu autocritique, incluant à la fois le dialogue interne et externe du chercheur (Tobin & Begley, 2004).

Des rencontres de supervision régulières avec la directrice de recherche ont eu lieu à chaque étape du processus analytique, de septembre 2023 à mai 2024. Lors de celles-ci, les interprétations analytiques de l'auteure ont été questionnées et approfondies, suscitant une réflexion sur leur pertinence et leur justesse selon les objectifs établis, une stratégie de vérification par les pairs reconnue pour renforcer la crédibilité en recherche qualitative (Lincoln & Guba, 1985; Tracy, 2010). Ces rencontres ont été complémentées en mai 2024 par la concertation avec une collègue doctorante impliquée dans le projet de recherche provincial, ce qui a permis d'apporter un regard extérieur supplémentaire sur l'analyse effectuée et le raffinement des résultats finaux.

Finalement, la présentation des résultats privilégié l'intégration de nombreux extraits verbatim. Cette décision remplit une double fonction, soit celle de rester au plus près des propos des participantes, tout en offrant au lecteur la possibilité de juger par lui-même de la pertinence et la crédibilité de ces témoignages au sein des thèmes et sous-thèmes identifiés (Cope, 2014). Allant dans ce sens, selon Tracy (2010), la transparence dans la présentation des données constitue l'un des critères fondamentaux de la qualité en recherche qualitative.

CHAPITRE IV

Résultats

Partie I : Pratiques auprès de parents-usagers

Cette première partie présente les thèmes et sous-thèmes identifiés pour le premier objectif du projet : la description et comparaison des pratiques cliniques mises en œuvre par chaque groupe professionnel. Les grands thèmes représentent des pratiques ayant émergé du discours des participantes. Les sous-thèmes, quant à eux, viennent préciser comment ces pratiques convergent ou divergent entre les psychologues et les travailleuses sociales¹. Un résumé des résultats de cette première partie est illustré dans le **Tableau 3**.

Tableau 3

Résumé des thèmes et sous-thèmes de la Partie I : Pratiques auprès de parents-usagers

Thèmes	Sous-thèmes	
	Travailleuses sociales	Psychologues
<i>Thème 1. La parentalité comme dimension évaluée : Considérations similaires au sein de cadres distincts chez les travailleuses sociales et psychologues</i>	1.1.Évaluation du fonctionnement social : Une pratique essentielle pour les travailleuses sociales.	1.2.Considération du statut parental : Un élément de base de l'évaluation initiale chez les psychologues.

¹ L'usage du féminin dans la présentation des résultats reflète la composition de l'échantillon, constitué exclusivement de participantes de genre féminin.

<p><i>Thème 2.</i></p> <p><i>Interventions axées sur la parentalité : Éléments convergents chez les travailleuses sociales et psychologues</i></p>	<p>2.1.Soutien à la parentalité comme dimension intégrée des interventions préexistantes chez les travailleuses sociales et psychologues.</p> <p>2.2.Éducation psychologique centrée sur le rôle parental : une pratique courante chez les psychologues également rapportée chez les travailleuses sociales.</p>				
<p><i>Thème 3.</i></p> <p><i>Engagement des proches dans le soutien aux parents-usagers : Perspectives divergentes chez les travailleuses sociales et psychologues</i></p>	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="605 857 1019 1108">3.1.Participation des proches adultes de l'usager : Une pratique encouragée chez les travailleuses sociales</td><td data-bbox="1019 857 1428 1108">3.2.Invitation des proches adultes de l'usager : Une pratique rare et ponctuelle chez les psychologues.</td></tr> <tr> <td colspan="2" data-bbox="605 1108 1019 1262">3.3.Absence notable des enfants dans l'engagement familial rapportée par les deux groupes professionnels</td></tr> </table>	3.1.Participation des proches adultes de l'usager : Une pratique encouragée chez les travailleuses sociales	3.2.Invitation des proches adultes de l'usager : Une pratique rare et ponctuelle chez les psychologues.	3.3.Absence notable des enfants dans l'engagement familial rapportée par les deux groupes professionnels	
3.1.Participation des proches adultes de l'usager : Une pratique encouragée chez les travailleuses sociales	3.2.Invitation des proches adultes de l'usager : Une pratique rare et ponctuelle chez les psychologues.				
3.3.Absence notable des enfants dans l'engagement familial rapportée par les deux groupes professionnels					
<p><i>Thème 4.</i></p> <p><i>Gestion du risque pour l'enfant et signalement : Posture similaire chez les travailleuses sociales et psychologues</i></p>	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="605 1262 1019 1438">4.1.Pratiques de vigilance et d'évaluation continue des risques pour l'enfant chez les travailleuses sociales et psychologues</td><td data-bbox="1019 1262 1428 1438"></td></tr> <tr> <td colspan="2" data-bbox="605 1438 1019 1632">4.2.Rareté des signalements au DPJ chez les travailleuses sociales et psychologues : Pratiques et réflexions éthiques</td></tr> </table>	4.1.Pratiques de vigilance et d'évaluation continue des risques pour l'enfant chez les travailleuses sociales et psychologues		4.2.Rareté des signalements au DPJ chez les travailleuses sociales et psychologues : Pratiques et réflexions éthiques	
4.1.Pratiques de vigilance et d'évaluation continue des risques pour l'enfant chez les travailleuses sociales et psychologues					
4.2.Rareté des signalements au DPJ chez les travailleuses sociales et psychologues : Pratiques et réflexions éthiques					
<p><i>Thème 5.</i></p> <p><i>Référencement des usagers et leurs familles : Pratique courante chez les travailleuses sociales et psychologues</i></p>					

Thème 1. La parentalité comme dimension évaluée : Considérations similaires au sein de cadres distincts chez les travailleuses sociales et psychologues

Dans notre analyse, il apparaît que tant les travailleuses sociales que les psychologues considèrent le rôle parental des usagers au sein de leurs évaluations en début de suivi. Ce premier thème est subdivisé en deux sous-thèmes qui illustrent les particularités de ces pratiques évaluatives chez les travailleuses sociales—à travers l'évaluation du fonctionnement social—and les psychologues—via l'évaluation initiale.

Sous-thème 1.1. (TS²) Évaluation du fonctionnement social : Une pratique essentielle pour les travailleuses sociales. Les travailleuses sociales rapportent que l'évaluation du fonctionnement social est une pratique de base de leur travail. Elle permet notamment de questionner les dynamiques familiales : « Je vérifie l'entourage, les membres de la famille, s'ils ont des enfants, tout ça. » (TS4756), y compris la présence et le rôle des enfants dans la vie du parent-usager : « [...] c'est une obligation de vérifier [...] si les parents ont des enfants. » (TS354). Les travailleuses sociales soulignent l'importance de cette démarche, qui inclue souvent un questionnement des besoins particuliers du parent vis-à-vis son rôle parental :

Fait que d'emblée, si on évalue le réseau de l'usager puis qu'il nous dit qu'il a des enfants, bien automatiquement, la majorité, je pense que ça va aller, qu'on va questionner [...] quel âge ils ont, à savoir, euh, vérifier s'il est en mesure de répondre à leurs besoins. Moi, je vous dirais, je pense qu'on a probablement tous une vigilance par rapport à ça. (TS1227).

² L'abréviation « TS » a été utilisé pour identifier clairement les sous-thèmes qui se rapportent spécifiquement aux travailleuses sociales.

Cela indique que la considération des relations familiales, entre autres, est une première étape cruciale de tout suivi en santé mentale en travail social. Pour certaines, cette évaluation inclut la création d'une représentation graphique des relations familiales du parent-usager :

C'est souvent le parent que moi je vais rencontrer qui a une problématique de santé mentale et c'est sûr et certain que, tu sais, que je vais faire son génogramme. Je, je vais vérifier est-ce que, est-ce qu'il y a des enfants, est-ce que...mais dans 100% du temps. Parce que, bien, comment je peux faire une évaluation de quelqu'un si je pose pas ces questions-là? (TS1798).

Sous-thème 1.2. (PSY³) Considération du statut parental : Un élément de base de l'évaluation initiale chez les psychologues. Bien que la visée spécifique soit différente, les psychologues décrivent une pratique d'évaluation comportant certaines similarités à celle des travailleuses sociales. En effet, les questions relatives à la sphère familiale, y compris la présence et la relation avec les enfants, constituent également un élément central de l'évaluation initiale qu'elles effectuent lorsqu'elles rencontrent un usager dans le cadre d'un mandat d'intervention. Tel que l'explique l'une des participantes : « Ça [la vérification de la présence d'enfants] fait partie un peu de l'évaluation de base. » (PSY3964). Comme l'explique PSY1011 : « Parce que quelque part dans les, soit la première ou en tout cas dans les trois premières rencontres, on va poser la question, là, au niveau familial. ». Les psychologues considèrent cette évaluation comme une partie fondamentale de leur rôle et de leurs responsabilités. Une professionnelle souligne : « Je trouve que c'est un peu la base là, en tout cas dans moi mon rôle en tant que [...] psychologue. » (PSY2498). En effet, PSY680 souligne l'importance—voire l'évidence—de cette pratique dans son contexte de travail :

³ L'abréviation « PSY » a été utilisé pour identifier clairement les sous-thèmes qui se rapportent spécifiquement aux psychologues.

Je me demande dans quel contexte est-ce que quelqu'un vérifierait pas là [si l'usager a des enfants]? J'imagine peut-être dans des interventions très ponctuelles. Mais comme moi, je suis dans une perspective [...] suivi, d'évaluation, puis d'intervention. C'est 100% des gens à qui je demande s'ils ont des enfants. Comment ça se passe? C'est quoi leur relation avec eux?

Thème 2. Interventions axées sur la parentalité

Ce second thème ayant émergé dans nos analyses explore certaines interventions axées sur la parentalité mises en œuvre chez les travailleuses sociales et psychologues. Ce thème est décomposé en deux sous-thèmes qui illustrent comment cette dimension se manifeste similairement chez ces deux groupes professionnels.

Sous-thème 2.1. (TS et PSY) Soutien à la parentalité comme dimension intégrée des interventions préexistantes chez les travailleuses sociales et psychologues. Les interventions des travailleuses sociales centrées sur le rôle parental semblent présentes. Selon leurs dires, le rôle parental est souvent abordé de manière indirecte, comme le dit TS1879 : « Puis c'est ça, tu sais le rôle parental, il est adressé par la bande. Mais on va pas aller travailler ça. Pas en santé mentale adulte. » [Dans le contexte de l'entrevue de cette travailleuse sociale, la chercheuse en comprend qu'elle ne centre pas explicitement ses suivis sur la parentalité, mais va tout de même intégrer des interventions portant sur la parentalité à quelques moments au cours du suivi, au besoin.]. Ce constat est appuyé par une autre référence indiquant que les stratégies pour renforcer les pratiques parentales sont abordées « un petit peu » (TS4756).

Cela étant dit, les travailleuses sociales offrent parfois des conseils pratiques, comme le fait d'encourager les parents à discuter de leurs émotions avec leurs enfants pour les aider à mieux comprendre et gérer leurs propres émotions : « Je vais leur dire d'en discuter [de leurs émotions] avec leurs enfants, que ça va les aider aussi. » (TS1227). Par exemple, elles conseillent

aux parents de prendre du recul avant de parler à leurs enfants lorsqu'ils sont en colère, afin de maintenir une communication constructive : « Je suis capable de donner des outils de régulation des émotions, puis de dire aux parents de prendre un pas de recul avant de parler à son enfant s'il est trop en maudit là. » (TS1227).

Parfois, les travailleuses sociales vont opter pour l'importance de créer un espace de dialogue ouvert pour les parents, surtout lorsqu'il s'agit d'aborder des difficultés liées à leur rôle parental. L'une insiste sur le fait qu'il est essentiel de reconnaître et de discuter ouvertement des défis auxquels les parents peuvent être confrontés au sein de ses suivis. Elle explique :

Puis je pense qu'il faut mettre à plat aussi quand il y a des enfants dans le [portrait], [...] de dire « Levez la main. Ici, là, c'est un espace pour vous. Soyez pas gêné si vous avez, si vous avez vécu de la honte face à ce que, mettons, vous avez pas été capable de faire à manger pour votre fille, mais que vous avez fait une canne dans le micro-onde. ». (TS1879).

Pour leur part, les psychologues interrogées rapportent adopter des interventions ciblées sur les enjeux psychologiques de l'usager afin de mieux l'accompagner dans son rôle parental par ricochet. De manière similaire aux travailleuses sociales, elles abordent les relations parent-enfant dans les discussions sans toujours en faire un objectif central. PSY680 explique cette facette de son travail de la manière suivante :

[C]est sûr que dans le contexte de la santé mentale [...] ça fait souvent partie des [...] attentes des usagers d'améliorer leurs relations avec leurs proches, même si c'est des difficultés importantes. Euh, donc je dirais qu'on travaille directement ou indirectement là-dessus en travaillant sur les relations aussi, euh incluant les relations avec les enfants.

En fait, pour PSY3964, qui nomme qu'approximativement la moitié de ses usagers sont parents, « [...] ça fait partie de des discussions presque [...] à chaque séance, pour voir un peu où est-ce

qu'ils sont rendus dans leurs compétences [parentales] puis dans leurs acquis aussi. ». Le travail sur la relation au sein de la dyade parent-enfant est également abordé par l'une des participantes à travers une approche centrée sur la mentalisation, qui peut s'articuler de la manière suivante dans ses interventions :

Ça peut m'arriver en approche centrée sur la mentalisation, de vérifier, bien « Qu'est-ce que vous pensez que votre enfant a compris? », « Est-ce que c'est possible de revenir vous excuser à votre enfant par rapport à ce comportement-là? ». Des fois, on réfléchit un petit peu sur une crise qu'il y a eu avec l'enfant, puis comment le parent s'est senti, puis comment il peut revenir, puis réparer le lien. (PSY2498)

PSY3964 explique qu'elle adapte pareillement des interventions qu'elle met déjà en place dans sa pratique générale aux besoins spécifiques de parents-usagers : « [...] moi j'anime aussi un groupe sur la gestion des émotions, fait que je fais des parallèles avec ce qu'on propose au groupe, puis comment est-ce qu'on peut le transférer après ça dans les compétences parentales. ». En travaillant la gestion des émotions avec les usagers, les psychologues vont parfois viser à intégrer des moyens permettant de « [...] faire en sorte qu'ils [les parents] se déchargent pas sur leurs enfants, de réduire la parentification, d'en parler et même d'être très clair sur le fait que [...] c'est pas à leur enfant de les calmer [...]. » (PSY680).

Parmi leurs interventions, les psychologues soulignent l'importance d'aider le parent à prendre conscience de son histoire avec ses propres parents afin de comprendre comment ces dynamiques se rejouent au sein de la relation avec ses enfants. Comme le formule une psychologue, il s'agit parfois de « [prendre] conscience de son histoire avec ses propres parents, pour prendre conscience de ce qui se rejoue avec les enfants » (PSY1011). Une autre psychologue, PSY1883, renchérit : « J'ai toujours dit que travailler avec des adultes, c'est travailler avec des anciens enfants. [...] qui traînent leurs bagages et souffrances du passé. »

Plus largement, les psychologues estiment que le travail auprès de parents-usagers ne se limite pas aux interventions psychologiques explicitement centrées sur la parentalité, mais s'intègre souvent dans un accompagnement global qui offre aux parents un espace pour aborder leurs propres difficultés personnelles. Tel que le font les travailleuses sociales, leur intention est souvent de fournir un espace où les parents peuvent être transparents par rapport à leurs difficultés. Dans le contexte des parents impliqués avec le Directeur de la Protection de la Jeunesse (DPJ) par exemple, on met l'emphase sur l'importance de cet espace personnel pour travailler sur les aspects qui leur seraient reprochés : « L'idée, c'est justement qu'ils puissent avoir un espace à eux où pouvoir être le plus transparent possible, puis de travailler sur certaines choses qui sont difficiles, puis parfois même qui leurs sont reprochées par la DPJ. » (PSY680). Offrir cet espace personnel permet aux parents de se concentrer sur leurs propres enjeux, ce qui, à terme, améliorerait leur capacité à remplir leur rôle parental. Par exemple, PSY2498 explique qu'avec les parents-usagers, elle privilégie une collaboration à long terme, se concentrant davantage sur le traitement des symptômes ayant conduit la personne à consulter, plutôt que de la « confronter » d'emblée sur ses défis parentaux.

Sous-thème 2.2. (PSY et TS) Éducation psychologique centrée sur le rôle parental : une pratique courante chez les psychologues également rapportée chez les travailleuses sociales. Parmi les psychologues participantes, toutes ont nommé soutenir le rôle parental chez leurs usagers à travers certaines interventions à portée éducative. Il importe de noter que, bien que deux travailleuses sociales participantes (TS1879, TS354) aient évoqué la mise en œuvre de pratiques d' « éducation psychologique » dans leurs interventions, l'étendue limitée de leur discours à ce sujet ne permet pas une analyse comparative rigoureuse de cette pratique entre les groupes professionnels. Ainsi, ce sous-thème traite principalement de cette pratique chez les psychologues.

Chez les psychologues, les interventions éducatives visent notamment à soutenir et améliorer les compétences parentales, ainsi qu'à aider les parents à mieux comprendre et encadrer les comportements de leurs enfants. L'une d'elle explique :

Donc on va faire quelques parties sur le soutien aux compétences parentales, la compréhension du développement de l'enfant, la normalisation des étapes du développement de l'enfant, la capacité à pas prendre personnel, les différentes phases développementales d'opposition et d'affirmation d'individuation. Donc, euh, beaucoup de d'éducation pour dédramatiser toutes les réactions des enfants, faire en sorte que le parent puisse prendre une distance, être capable de d'accompagner son enfant au lieu de se sentir comme dans une forme d'opposition. (PSY1011)

Les pratiques visant l'éducation psychologique chez le parent s'articulent chez d'autres via la bibliothérapie—c'est-à-dire le partage de lectures pour l'usager portant sur certaines problématiques chez les enfants, « [...] par exemple sur le TDAH, sur des stratégies pour parvenir à mieux gérer [...] l'impulsivité des enfants. Ou tu sais, j'ai des livres spécifiques sur les parents qui ont certaines dysrégulations émotionnelles, puis comment un petit peu travailler ça avec l'enfant. » (PSY3964). En faisant référence à des guides informationnels à sa disposition, PSY2498 exprime qu'il lui arrive de « [...] donner de l'information sur les familles, les enfants, qu'est-ce qui est dans les données probantes sur les enfants dont les parents manifestent tel ou tel trouble de santé mentale. ».

Thème 3. Engagement des proches dans le soutien aux parents-usagers : Perspectives divergentes chez les travailleuses sociales et psychologues

Ce thème explore l'engagement des proches dans le soutien aux parents-usagers, se subdivisant en deux sous-thèmes distincts illustrant les différentes pratiques et perspectives des travailleuses sociales et des psychologues étant ressortis au cours de l'analyse.

Sous-thème 3.1. (TS) : Participation des proches adultes de l'usager : Une pratique encouragée chez les travailleuses sociales. Bien qu'elles manifestent généralement une ouverture à inviter les familles à participer, les pratiques des travailleuses sociales varient quant au niveau d'implication directe des familles des parents-usagers. Plusieurs rapportent que les rencontres impliquant des membres de la famille du parent-usager sont extrêmement rares : « Les rencontres avec les familles, c'est excessivement rare dans mon cas. Vraiment, vraiment. » (TS1227). Il est noté que la présence des proches est généralement offerte,—« On leur dit qu'ils peuvent amener un proche au besoin. Et puis ça, c'est toujours ouvert. » (TS1227)—mais rarement utilisée par les usagers, malgré l'insistance de certaines professionnelles—« Tu sais moi, à partir du moment que je l'ai offert, puis que je le réitère à peu près aux trois-quatre rencontres. » (TS1798). À cet effet, TS1798 explique que « [...] moi, systématiquement, j'offre toujours toujours toujours la possibilité de rencontrer les enfants, les parents même, hein. [...] Et un client sur dix va accepter. ». « Le proche, il va venir une fois à l'évaluation peut-être parce que la personne est anxieuse de demander de l'aide. Ça va arriver, mais moi dans mon cas-là c'est vraiment rare. » nomme TS1227.

Cela étant dit, les travailleuses sociales reconnaissent l'importance d'expliquer les processus cliniques aux familles lorsque possible. Cela peut inclure des discussions sur les bénéfices d'autres services auquel le parent-usager a accès ou l'importance de certains types d'interventions (TS1879). Les rencontres familiales peuvent servir à rassurer les proches sur l'autonomie et la sécurité du parent-usager : « À d'autres moments donnés, ces rencontres-là servent aussi à rassurer la famille que la personne, oui, elle a un problème de santé mentale, mais qu'elle a pas perdu son autonomie, qu'elle est toujours un adulte capable de se mettre en sécurité... » (TS1879). Dans d'autres cas, l'implication directe d'un membre de la famille est

initiée par la travailleuse sociale lorsqu'un usager parle fréquemment de ses proches et des enjeux qui les concernent. Une participante explique :

[M]ettons [...] elle [l'usagère] me parle [...] beaucoup de sa mère, qu'elle a des enjeux ou des trucs comme ça ou que sa mère est inquiète, tu sais, moi, je trouve ça important de dire « Qu'est-ce que vous diriez qu'on invite votre mère aujourd'hui puis qu'on y explique un peu c'est quoi votre problématique ou que vous vous lui expliquez, puis que je puisse vous aider? ». (TS1879)

Sous-thème 3.2. (PSY) Invitation des proches adultes de l'usager : Une pratique rare et ponctuelle chez les psychologues. Parmi les psychologues, il apparaît que l'invitation de proches dans le cadre de suivis individuels en SMA est rapportée comme étant plutôt rare. En général, les interventions impliquent principalement l'usager, et l'invitation de proches se fait de façon ponctuelle. Une psychologue partage son expérience en indiquant : « Est-ce que je rencontre des parents usagers avec leur famille? C'est extrêmement rare » (PSY680). PSY1883 rapporte également faire son travail « sans rencontrer les familles ».

Cela étant dit, certaines psychologues incluent ponctuellement des proches dans le processus thérapeutique. Par exemple, une professionnelle note : « Moi je le fais là, tu sais, moi j'ai tendance à rencontrer les conjoints des fois juste pour avoir l'information » (PSY3964). « Euh, je veux dire, moi je vais rencontrer, ben on rencontre [...] des adultes, je vais rencontrer les parents [de l'usager], OK, ou le conjoint conjointe [de l'usager]... » renchérit PSY1011. Ces situations sont souvent rattachées à des situations particulières au cours d'un suivi, telle une situation de crise suicidaire. En ce sens, PSY680 explique qu'elle « [...] rencontre des proches parfois, notamment des conjoints ou conjointes, dans le cadre d'une mise en place d'un filet de sécurité, de façon très ponctuelle. ». Sur ce point, elle renchérit plus tard :

Moi j'ai plusieurs conjoints conjointes qui se sont présentés à un moment donné à une rencontre. Ça arrivait très ponctuellement, encore une fois, mais dans des moments de grandes crises suicidaires, puis où on a pu collaborer avec l'accord de la personne et ça, ça a été, ça a été très correct. (PSY680)

Sous-thème 3.2. (TS et PSY) Absence notable des enfants dans l'engagement familial rapportée par les deux groupes professionnels. Malgré les différences observées entre les professions concernant l'implication des proches, un constat convergent émerge : l'inclusion des enfants des usagers demeure exceptionnelle, même lorsque d'autres membres de la famille sont occasionnellement impliqués dans les suivis et ce, chez les travailleuses sociales et psychologues.

Chez les travailleuses sociales, bien que l'implication des familles soit largement encouragée et reconnue, cette pratique semble limitée aux adultes de 18 ans et plus dans leur discours. Elles rapportent des interventions visant à inclure, ou du moins à envisager l'inclusion, des conjoints ou d'autres membres adultes du réseau de soutien, mais les enfants de l'usager—particulièrement les mineurs—sont rarement inclus dans ces interactions. TS4756 explique que les travailleuses sociales sont plus enclines à impliquer les parents de leurs usagers lorsqu'elles manquent d'outils pour fournir un soutien et des références appropriées. En revanche, la situation inverse, où l'enfant mineur d'un usager serait invité à participer à une séance est beaucoup plus rare : « [...] on dirait, j'ai pas le réflexe de faire venir l'enfant de moins de 18 ans dans le bureau. Il y aurait peut-être matière à réflexion là. Parce que je fais le contraire : quand c'est un parent, quand c'est un parent qui a besoin d'outils pour son jeune de 18-19 ans. Ça, je vais le faire. » (TS4756). TS1798 ajoute que pour elle, cette décision n'est souvent pas anodine, illustrant son propos avec un exemple concret : « Moi des clients, des fois santé mentale, qui vont venir au CLSC qui vont amener leur enfant de 10 ans, ben je peux pas faire une rencontre avec un parent

quand son enfant de 10 ans est là alors qu'il entend tout ce que le parent dit sur ses problématiques. ».

Cette tendance se retrouve également chez les psychologues. Même lorsque certains proches sont impliqués ponctuellement dans un suivi, il s'agit peu fréquemment des enfants de l'usager. Comme le souligne PSY1011 : « Je vais rencontrer des adultes, je vais rencontrer les parents, OK, ou le conjoint conjointe, mais je vais pas rencontrer les enfants, même des enfants de plus de 18 ans [...]. Moi, moi je le ferais pas. ». Cette tendance est confirmée par d'autres professionnels. PSY1883 admet que les rencontres avec les enfants sont rares : « Pour les rencontres avec les enfants, ça m'est arrivé, mais assez rarement. Peut-être pas suffisamment. ». PSY3964 ajoute : « Les enfants c'est très rare [de les rencontrer]. ».

Thème 4. Gestion du risque pour l'enfant et signalement : Posture similaire chez les travailleuses sociales et psychologues

La gestion du risque pour les enfants des usagers et la question du signalement aux autorités compétentes, telles que la DPJ, ressortent de manière récurrentes dans les discours de toutes les participantes lorsqu'elles décrivent les particularités de travailler avec une clientèle parentale. Ce thème, subdivisé en deux sous-thèmes partagés par les deux groupes professionnels, explore les pratiques et perspectives similaires ayant émergé parmi les travailleuses sociales et des psychologues concernant la protection des enfants.

Sous-thème 4.1. (TS et PSY) Pratiques de vigilance et d'évaluation continue des risques pour l'enfant chez les travailleuses sociales et psychologues. Lorsqu'elles travaillent avec des parents-usagers, tant les travailleuses sociales que les psychologues de notre échantillon mettent en œuvre des moyens visant à identifier et évaluer les risques pour le bien-être des enfants des usagers. Comme l'explique TS354 : « Il faut considérer que ces enfants-là ont besoin d'un adulte qui est responsable, puis en mesure d'assurer leur survie, littéralement. ». Elles

insistent toutes sur la nécessité d'être vigilantes, bien que l'approche puisse varier en fonction de la personne et du programme spécifique. Par exemple, une participante note : « À savoir, euh, vérifier s'il [le parent-usager] est en mesure de répondre à leurs [les enfants de l'usager] besoins. Moi, je vous dirais, je pense qu'on a probablement tous une vigilance par rapport à ça. » (TS1227), démontrant une attention portée aux besoins de ces derniers. Les psychologues accordent également une attention particulière à cet aspect : « [...] [É]videmment que c'est important d'essayer d'avoir une idée de dans quelle mesure est-ce que les parents sont en mesure de prendre soin de leurs, de leurs enfants. » explique PSY680. Elles cherchent à évaluer la capacité des parents à répondre aux besoins émotionnels et de sécurité physique de leurs enfants « [...] à travers le discours de la personne qui nous consulte. » (PSY1883). Comme l'explique l'une d'entre elles :

Moi c'est sûr que j'ai toujours le souci de l'enfant en tête, puis de trouver un petit peu la limite entre ce que le parent est en mesure avec l'état de sa santé mentale actuelle, de s'occuper de son enfant ou pas. Puis jusqu'à quelle limite, euh, est-ce que le parent répond aux besoins émotifs, puis de sécurité physique aussi de son enfant. (PSY2498)

Cette évaluation inclut une réflexion précise sur les besoins de l'enfant et la capacité du parent à y répondre quotidiennement, puisque comme l'explique PSY2498 : « [...] le parent, c'est son [l'enfant], c'est son principal *caregiver* [aidant] là. C'est la personne principale qui s'en occupe à toutes les jours. ».

Les travailleuses sociales précisent que la présentation ou la sévérité de la problématique de santé mentale parentale a également une incidence sur leur degré de vigilance—c'est-à-dire que plus la problématique présente un degré de sévérité, plus la professionnelle sera vigilante aux signes de potentielle négligence envers l'enfant. Cette vigilance inclut des questions spécifiques

sur les attitudes parentales et l'impact fonctionnel de la désorganisation du parent sur le quotidien des enfants. TS1798 nomme aborder ces questions directement avec l'usager. Par exemple :

C'est quoi, c'est quoi par exemple, je suis avec le père là, c'est quoi un papa qui se fâche avec ses enfants? Je veux qu'il me montre, ça va être quoi pour être capable d'évaluer assise dans mon bureau avec le client, parce que je suis pas témoin de ça. Donc je vais être vraiment plus vigilante. (TS1798).

Pour certaines, la difficulté de cette pratique réside dans l'équilibre entre le maintien de l'attention vers les besoins du parent et la nécessité de mettre en place des mesures de protection pour l'enfant, au besoin. PSY3964 rapporte que l'un des grands défis de son travail auprès de parents consiste à évaluer « perpétuellement » le risque pour l'enfant, en parallèle avec le traitement du parent. Elle doit tenir compte des difficultés émotionnelles et des accès de colère de ses patients, par exemple, et déterminer à quel point ces enjeux justifient une alerte à la DPJ. Elle souligne que ce processus est particulièrement complexe car il ne s'agit pas seulement de se concentrer sur les difficultés vécues par l'usager, mais aussi de considérer leurs conséquences sur les enfants présents dans l'équation. Cela nécessiterait parfois même une prise de position plus ferme de sa part, « Parce qu'on peut pas juste attendre que la personne en prenne conscience. Faut aussi agir puis se prononcer à ce moment-là. ».

La communication franche et la transparence sont également mises de l'avant. Une participante en travail social précise qu'il est important de clarifier dès le début avec les personnes concernées que si des hypothèses de mauvais traitements ou de négligence sont formulées, elle sera honnête avec eux et exprimera ses inquiétudes (TS1879). Cette approche directe peut servir au parent-usager de modèle de communication ouverte et honnête. Dans des cas spécifiques, les travailleuses sociales doivent faire preuve de tact pour aborder les questions liées au risque de négligence pour l'enfant—un enjeu particulièrement sensible pour de

nombreux usagers. Cette tâche peut présenter un défi de taille, tel qu'illustré par l'exemple tiré de l'expérience de l'une des participantes :

Moi dans une évaluation du fonctionnement social, j'ai nommé un moment donné, ce que je fais vraiment rarement là, mais là j'étais vraiment très inquiète puis j'ai nommé à une usagère que je considérais qu'il y avait des risques de négligence. Puis ça, ça a été costaud quand même de bien, pas de rattraper ça, mais tu sais, j'ai convenu avec elle d'utiliser un autre terme qui voulait dire sensiblement la même chose, mais, tu sais, qui ménageait peut-être un petit peu plus sa sensibilité. (TS1227)

Sous-thème 4.2. (TS et PSY) Rareté des signalements au DPJ chez les travailleuses sociales et psychologues : Pratiques et réflexions éthiques. En parallèle à l'identification et l'évaluation des risques par rapport à l'enfant, une étape que doivent parfois franchir les professionnelles en SMA consiste en le signalement au DPJ dans le cas où elles estiment que la sécurité ou le développement d'un enfant sont compromis. « [...] Parce que comme professionnelle, si j'ai à signaler, faut que je le fasse. » explique une travailleuse sociale, TS354. Les psychologues rapportent également qu'elles pourraient être amenées à faire un signalement au DPJ si elles estiment que la sécurité ou le développement d'un mineur est à risque : « Ça pourrait aussi m'arriver de faire une plainte à la DPJ, tu sais si j'ai des suffisamment d'informations pour croire que l'enfant est négligé ou en danger pour sa vie, ou négligé au niveau de ses besoins émotionnels » (PSY2498).

Malgré cette obligation claire, la pratique des signalements au DPJ reste une pratique relativement rare parmi les deux groupes professionnels—« Mais c'est pas arrivé [souvent] que je signale honnêtement là [...] je pense que c'est arrivé une fois ou deux-là. » (TS1227). PSY680 note également : « J'ai jamais eu à faire de signalement en tant que tel. ». En réfléchissant à voix haute, PSY2498 explique que les situations où le professionnel perçoit qu'un enfant serait en

danger, « [...] c'est souvent les zones grises », soulignant ainsi la complexité clinique liée à ces situations.

Les travailleuses sociales rapportent être confrontées à des dilemmes éthiques lorsqu'il s'agit de signaler des situations de cette nature. Elles doivent naviguer avec délicatesse entre leur obligation professionnelle de protéger les enfants et leur devoir de maintenir une relation de confiance avec les parents-usagers. Cette obligation est explicitée lors de l'obtention du consentement auprès de l'usager : « Puis on le nomme dans le consentement aussi, que si on a des craintes par rapport à la sécurité de l'enfant, on va signaler. Puis moi là, je suis excessivement claire là-dessus, tu sais. » (TS1227). Cette transparence dès le contact initial auprès d'un usager est essentielle pour ne pas briser le lien de confiance, comme le souligne une autre professionnelle :

Les gens sont mal à l'aise des fois de faire des dénonciations. Euh. Ils ont peur de briser le lien avec leur usager. Ça, c'est un travail qu'on fait au niveau clinique de de d'expliquer, tu sais, le le, tu brises pas le lien au contraire, tu sais si t'as mis ça au clair avec la personne, là. T'es comme son garde-fou. (TS1879).

L'incertitude liée aux situations méritant un signalement peut, selon PSY2498, mener à des consultations avec d'autres professionnels pour déterminer si un signalement est nécessaire : « Ça m'est arrivé, des fois, de de de contacter certains professionnels qui sont plus au niveau de la jeunesse enfance, famille qui veut dire bon, «Est-ce que là j'ai des éléments pour faire un signalement ou pas ? ». PSY1011 nomme ce même aspect : « Qu'est ce que ça peut impliquer d'autre [de travailler avec des parents usagers vivant avec de troubles mentaux], c'est aussi plus de concertation avec des collègues [...] des services de la DPJ. ». En fait, dans certains cas, la collaboration avec le DPJ est déjà en place au moment de recevoir la référence d'un nouvel usager—« [...] nous on collabore quand même avec la DPJ, donc dans les contextes où la DPJ est

déjà impliquée au dossier... » (PSY680)—et ce, particulièrement dans les cas complexes impliquant certaines problématiques de santé mentale : « Moi je travaille beaucoup les troubles de personnalité fait que déjà il y a beaucoup de professionnels impliqués au dossier, souvent, on a la DPJ [impliquée]... » (PSY3964).

Allant dans ce même sens, une travailleuse sociale note que les situations problématiques impliquent souvent déjà la protection de la jeunesse avant que les parents n'entrent en contact avec les services sociaux (TS1227). Cependant, dans certains cas, les situations des enfants nécessitent effectivement un signalement : « Ça finit souvent avec des signalements effectivement là quand je vois [le terme « voir » étant utilisé ici dans son sens figuré, impliquant une inférence] que les enfants, leur situation est compromise là. Mais c'est c'est pas dans tous les cas qu'il va y avoir des signalements » (TS1798).

Thème 5. Référencement des usagers et leurs familles : Pratique courante chez les travailleuses sociales et psychologues

Le thème des pratiques de référencement émerge de manière importante dans le discours des participantes, soulignant l'importance de la collaboration interprofessionnelle et de l'orientation vers des ressources externes pour le soutien des parents-usagers. Ce thème reflète des pratiques de référencement similaires entre les travailleuses sociales et les psychologues et détaille comment ces professionnelles orientent les enfants et familles à travers leurs usagers vers les ressources qu'elles jugent les plus appropriées pour un soutien additionnel.

Pour répondre aux besoins spécifiques des parents-usagers et leurs familles, les travailleuses sociales et psychologues participantes disent toutes se tourner vers le référencement à des services d'autres professionnels—on nomme particulièrement les services offerts en SMJ et les organismes communautaires.

Tel qu'illustré ci-haut, lorsqu'il est question d'être attentives aux risques pour le bien-être de l'enfant, les participantes expliquent devoir faire preuve de discernement pour évaluer la gravité des situations et orienter les membres de la famille vers des services spécialisés si nécessaire. Plusieurs travailleuses sociales expliquent dans des situations plus inquiétantes, elles font une demande au programme de SMJ pour une évaluation complète de l'enfant de l'usager :

Moi, dans plusieurs dossiers, je vais essayer de faire un bout avec le parent, mais si je vois que c'est vraiment trop lourd, trop difficile puis pas fonctionnel, je vais faire une demande en jeunesse pour vraiment s'assurer qu'il y a une évaluation complète qui soit faite de l'enfant. (TS1798)

TS4756 également reflète que la pratique du référencement—que ce soit vers un programme en SMJ ou bien vers un organisme communautaire familial régional—est bien souvent son premier réflexe lorsqu'elle travaille avec des parents ayant besoin de soutien spécifique pour renforcer leurs pratiques parentales. En référant à des services spécialisés, les travailleuses sociales peuvent permettre une intervention appropriée pour l'enfant qui est dans le portrait, puisque comme l'explique TS1879 : « [...] eux autres [les services spécialisés en SMJ], c'est leur pain et leur beurre là. Donc eux, ils ont les compétences, sont formés pour le faire. ».

Dans le même ordre d'idées, face au manque « d'outils » perçus pour adéquatement accompagner les parents lorsque leurs besoins sont centrés sur leurs compétences parentales, on explique que les psychologues ont le réflexe de « [...] faire une référence pour un autre professionnel. » (PSY3964). « Ben ça peut m'arriver de diriger les parents vers des ressources, peut-être le faire des références, d'accompagner les parents vers un service justement plus d'Enfance, Jeunesse, Famille. » explique PSY2498. Une autre mentionne : « Dès que je vois qu'il y a peut-être plus de spécificités dans les questions [en lien avec la famille], ben c'est une référence directe vers l'équipe plus de Santé mentale jeunesse... » (PSY3964).

Lorsque possible, en dirigeant leurs usagers vers des partenaires externes, particulièrement les organismes communautaires, les psychologues visent à s'assurer que les familles et enfants des usagers reçoivent un soutien plus direct. Comme le nomme PSY1883 : « [...] on travaille toujours en partenariat quand même avec ces ces, ces organismes-là. Surtout pour les familles. ». Une autre explique qu'alors qu'elle ne rencontre presque jamais les proches de ses usagers, elle fait souvent référence à un organisme appelé l'AQPAMM—l'*Association québécoise des parents et amis de la personne atteinte de maladie mentale*⁴—afin d'offrir un soutien indirect spécifique aux familles (PSY680). « Heureusement qu'on a les maisons de la famille, et cetera. Heureusement pour santé mentale adulte, je veux dire, les organismes communautaires peuvent donner un coup de pouce. » renchérit PSY1011.

Partie II : Facteurs liés à la profession

Cette deuxième partie présente les thèmes et sous-thèmes issus de l'analyse pour le deuxième objectif du projet : l'exploration des facteurs professionnels pouvant contribuer à l'adoption des pratiques identifiées auprès de parents-usagers. La présentation des thèmes et sous-thèmes identifiés est cohérente avec la première partie. Un résumé des résultats de cette seconde partie est illustré dans le **Tableau 4**.

⁴ L'AQPAMM porte désormais le nom ARBORESCENCE (Arborescence, s.d.).

Tableau 4

Résumé des thèmes et sous-thèmes de la Partie II : Facteurs liés à la profession

Thèmes	Sous-thèmes	
	Travailleuses sociales	Psychologues
<i>Thème 6 : Limites liées aux mandats professionnels : Enjeux distincts chez les travailleuses sociales et psychologues</i>	6.1.Les contraintes du mandat en travail social en santé mentale adulte : Limites dans l'accompagnement du rôle parental.	6.2.Le traitement des troubles mentaux : Enjeux et limites du mandat des psychologues
<i>Thème 7. Contribution des fondements professionnels distincts</i>	7.1. « Lunette globale » chez les travailleuses sociales.	7.2. Vision « individuelle » chez les psychologues. 7.3. Limites au niveau de la formation orientée sur l'individu des psychologues en santé mentale adulte
<i>Thème 8. La confidentialité comme principe inhérent aux professions en travail social et en psychologie</i>		

Thème 6. Limites liées aux mandats professionnels : Enjeux distincts chez les travailleuses sociales et psychologues

Ce thème, subdivisé en deux sous-thèmes, explore les spécificités liées aux mandats professionnels en SMA étant ressorti de manière significative au sein du discours des travailleuses sociales et des psychologues de notre échantillon. Il met en lumière les limites

uniques auxquelles ces professionnelles sont confrontées lorsqu'elles abordent les enjeux parentaux et familiaux chez leurs usagers.

Sous-thème 6.1. (TS) Les contraintes du mandat en travail social en santé mentale adulte : Limites dans l'accompagnement du rôle parental.

Aussi bien que les travailleuses sociales reconnaissent l'importance de la dimension parentale chez leurs usagers dans le cadre de leur travail, elles rapportent souvent être limitées par leur mandat professionnel en santé mentale adulte, ce qui peut les empêcher de fournir un soutien plus approfondi à ce niveau : « On peut avoir confiance [en nos compétences pour adresser le rôle parental], sauf que si ton mandat te le permet pas, t'as pas la latitude de le faire. » (TS354). En ce sens, TS4756 va jusqu'à dire : « Mon mandat professionnel me permet pas d'adresser le rôle parental des usagers. ». Ici, elle met en évidence les limites structurelles qui restreignent son champ d'action, malgré la reconnaissance des besoins parentaux chez ses usagers.

Plus précisément, TS1798 explique : « [M]oi quand je suis avec un client qui a des enfants, ben mon rôle c'est de m'assurer que l'enfant est en sécurité malgré la problématique au niveau de la santé mentale. », montrant ainsi que même si le rôle parental est indirectement pris en compte, l'accent principal reste sur la sécurité de l'enfant plutôt que sur un soutien proactif aux compétences parentales de l'usager. TS1227 renchérit : « On a une obligation professionnelle d'évaluer [le bien-être des enfants] », mais ajoute que son mandat n'inclut pas explicitement un soutien approfondi au rôle parental :

C'est dans le mien [son mandat] d'être vigilante aux facteurs de risque, de signaler ou de référer si y a quelque chose [avec l'enfant de l'usager]. Mais de là à dire que j'en fais vraiment un point d'intervention que je dois absolument adresser : c'est pas le cas.

Pour ce faire, elle explique qu'elle devrait « déborder de [s]on mandat pour aller plus loin dans cette sphère-là [le rôle parental]... » (TS1227). Dans le même ordre d'idées TS1879, explique

que oui, le rôle parental de l'usager peut être adressé « par la bande », « [m]ais on va pas aller travailler ça. Pas en santé mentale adulte. ». Cette limitation est renforcée par des contraintes organisationnelles : « Et puis, en plus de ça, ben c'est sûr que si moi je me mets à déborder de mon mandat, un moment donné, je vais me faire ramener à l'ordre. Je vais me faire dire que c'est pas ma job [par un supérieur]. Ça c'est sûr » (TS1227).

Sous-thème 6.2. (PSY) Le traitement des troubles mentaux : Enjeux et limites du mandat des psychologues. Un aspect important ressortant du discours des psychologues de notre échantillon est le fait qu'elles perçoivent leur mandat comme étant principalement centré sur le traitement des troubles mentaux individuels, avec une reconnaissance des besoins parentaux et familiaux qui n'est souvent pas officiellement intégrée dans leurs responsabilités professionnelles. « [C]e qu'on nous demande dans notre rôle professionnel, qui est de traiter le trouble de santé mentale. » explique PSY680. Cela conduit à une priorisation des interventions directement liées aux troubles mentaux, laissant parfois les besoins parentaux et familiaux en arrière-plan. PSY3964 reflète sur cette tension : « Parce que ça fait partie un peu de notre travail aussi là, tu sais, de considérer la famille aussi dans nos interventions. Puis c'est comme si au niveau des psychologues, ça fait pas partie de nos mandats de travailler là-dessus. ». PSY2498 partage cette perspective en affirmant : « On n'est pas, en santé mentale adulte, on n'est pas centré famille. On envoie ça à Enfance/Famille/Jeunesse les familles. Donc nous c'est pas, c'est presque comme pas dans notre mandat. ».

À ce sujet, PSY1883 souligne sa croyance que les psychologues ne sont pas tenus d'intervenir sur toutes les problématiques présentes chez un même usager : « C'est pas les psychologues, on n'est pas obligé d'être toujours être ceux qui qui sont sur le terrain, mais on peut quand même orienter pour que y ait des services qui soient offerts de développer des services que d'autres pourraient appliquer. » Cela reflète une approche où les psychologues se concentrent sur

leurs compétences spécifiques et orientent les usagers vers d'autres ressources lorsque cela dépasse leur mandat.

Thème 7. Contribution des fondements professionnels distincts

Ce thème examine la contribution des fondements des professions en travail social et en psychologie sur les pratiques des professionnelles dans leur travail auprès des parents-usagers. Il se décline en trois sous-thèmes spécifiques à chaque profession, illustrant comment ces facteurs façonnent leurs pratiques.

Sous-thème 7.1. (TS) « Lunette globale » chez les travailleuses sociales. Nos résultats soulignent que dans le cadre de leurs interventions, les travailleuses sociales adoptent une perspective globale qui considère divers aspects de la vie de leurs usagers. Cet aspect met en évidence comment leur formation académique et appartenance professionnelle les conduit à considérer non seulement l'individu, mais également son système familial et son environnement social.

TS1227 souligne que les travailleurs sociaux sont formés pour travailler avec le système familial, affirmant que c'est « vraiment dans notre rôle de faire la conciliation, de travailler avec le système familial et tout ça. ». Cette perspective est partagée par TS1879, qui décrit comment les travailleurs sociaux évaluent le contexte global de la vie de l'usager, y compris la famille, le travail et les relations sociales. Elle explique : « Les travailleurs sociaux on [...] a l'habitude de travailler de façon globale [...] Donc ça, ça fait partie de notre lunette de travailleurs social. ».

En ce sens, TS354 mentionne que la formation en travail social intègre souvent le modèle « biopsychosocial, » soulignant que « la famille fait partie vraiment d'un tout quand on parle d'un individu. ». De même, TS4756 note que la formation en travail social met l'accent sur l'intégration de l'environnement social et le soutien aux proches, expliquant que les travailleurs sociaux ont « plus tendance à intégrer les proches, les besoins des proches » selon elle.

L'orientation professionnelle globale des travailleuses sociales les conduit à adopter une posture de curiosité à chercher à comprendre toutes les pièces du « puzzle » entourant la vie de l'usager selon TS1879. Cette dernière explique que cela leur permet de mieux assembler et comprendre la situation de la personne, en adoptant une approche où « la personne est au centre, puis toutes les choses gravitent autour. ». Cette vision est également partagée par TS4756, qui reconnaît que leur formation les pousse à intégrer les proches de l'usager dans leurs interventions, ce qui est une caractéristique distincte de leur profession.

Il est finalement intéressant de noter que les psychologues de l'échantillon perçoivent également les travailleurs sociaux comme ayant une formation plus large au niveau social et une approche plus globale, particulièrement en ce qui concerne les interventions centrées sur la famille et l'inclusion des proches dans le suivi des usagers. PSY1011 souligne que, comparé aux psychologues, « les travailleuses sociales considèrent plus que ça fait partie de leur mandat » de travailler avec les familles. Cette vision est renforcée par PSY1883, qui reconnaît que les travailleurs sociaux ont « une formation beaucoup plus large que nous au niveau social. ». PSY3964 observe que les travailleurs sociaux ont « une tendance à rencontrer beaucoup plus la famille » et que cette pratique est « intégrée dans leurs pratiques ». Les psychologues apprécient la contribution des travailleurs sociaux pour leur capacité à voir « l'aspect familial, puis l'aspect du réseau social » (PSY2498) et considèrent cette compétence comme « utile » et complémentaire à leur propre approche (PSY1883).

Sous-thème 7.2. (PSY) Vision « individuelle » chez les psychologues. En contraste aux travailleuses sociales, les psychologues, de par leur formation et leur pratique, tendent à adopter une vision plus individuelle de l'usager et de son traitement. Comme l'explique PSY680 : « C'est sûr que c'est peu dans la philosophie de travail du moment, [...] qui est plus centré sur l'individu et [...] sur le suivi et sur le traitement du trouble de santé mentale de la personne. ». Cette

orientation est renforcée dans la pratique quotidienne en santé mentale adulte où, selon PSY2498, leur rôle est clair : « on est très dans une vision individuelle des besoins psychiques de la personne [...] ça fait que on a peut-être moins tendance à aller au niveau [...] de la sphère familiale. ». Cette perspective individuelle est également perçue dans la réticence à inclure activement les proches des usagers dans le suivi thérapeutique. Comme le note PSY3964, il y a une tendance à « purifier le reste [...] on veut vraiment comme, être orienté uniquement sur le patient, puis être sûr que ça contamine pas la psychothérapie. ». Cette orientation est parfois justifiée par des limites perçues dans la formation ou le mandat professionnel. PSY680 souligne que leur formation et leur contexte de travail sont principalement axés sur le traitement des troubles de santé mentale individuels, ce qui ne laisse pas beaucoup de place pour aborder les dynamiques familiales : « [Dans] notre contexte de travail [...] ce qui nous est demandé, ce à quoi on est formé, [...] on a quand même des pratiques qui sont en effet très centrées sur l'individu, sur la psychothérapie, sur [...] la personne en tant que telle. ». Cela étant dit, certaines mettent l'emphase sur l'importance d'accepter les limites de leur champ d'action, comme l'illustre PSY1883 : « Vraiment, je pense que on peut pas tout faire. On peut pas être à la fois autant aidant pour les enfants autant aidant pour les parents. ».

Il est intéressant de noter que cette vision du rôle des psychologues semble également partagée par les travailleuses sociales de l'échantillon : « Mais c'est sûr que les psychologues, leur angle d'intervention est pas du tout la même [que celle des travailleuses sociales] » (TS1227). Une travailleuse sociale observe que dans son expérience, les psychologues considèrent le réseau familial, mais de manière moins intégrée que les autres professionnels (TS1227). Cette perception est partagée par TS4756, qui note que les pratiques centrées sur la famille sont « peut-être moins un réflexe » chez les psychologues. TS354 renchérit que les

psychologues sont souvent consultés pour des fins diagnostiques, plutôt que pour des interventions centrées sur la famille.

Plusieurs psychologues reconnaissent les bénéfices d'une approche centrée sur la famille mais admettent les défis liés à leur spécialisation en tant que psychologues. En ce sens, PSY2498 mentionne : « Je pense que ça permet un peu plus de mettre en évidence que au niveau de la formation [...] c'est quand même très centré sur l'aspect individuel. ». Comme l'explique PSY1011, dès les études, les psychologues sont orientés vers une approche individuelle, ce qui est visible tout au long de leur carrière : « Dès les études, les psychologues sont un peu plus centrés sur l'individu et un peu moins centrés sur la communauté [...] de par la profession, psychothérapie individuelle un petit peu plus à la base. ». Cette réalité peut conduire à des sentiments d'insuffisance lorsqu'il s'agit de traiter des problèmes au-delà de leur champ de spécialité : « c'est vrai que comme c'est moins mon champ de spécialité [...] je me garde une petite gêne sur ces sur ces choses-là » (PSY680).

Sous-thème 7.3. (PSY) Limites au niveau de la formation orientée sur l'individu des psychologues en santé mentale adulte. En continuation avec le sous-thème précédent, un enjeu récurrent parmi les psychologues participantes concerne les limites perçues de leur formation orientée sur l'individu adulte en ce qui concerne les compétences parentales et les pratiques centrées sur la famille plus généralement. Pour leur part, plusieurs psychologues participantes ont exprimé un sentiment de manque de préparation dans ce domaine, soulignant que leur formation universitaire, qu'il s'agisse de leur baccalauréat, de leur doctorat ou de leurs stages et internats était principalement axée sur l'individu et n'incluait que peu, voire aucune, formation spécifique sur les dynamiques familiales ou les compétences parentales : « [D]éjà dans la formation, on propose pas cette ouverture-là, je pense, à la famille ou dans plusieurs des courants. » (PSY3964).

Par exemple, PSY1011 mentionne qu'« il faut encore que l'intervenant se sente outillé pour ça. Ceux qui sont en santé mentale adulte sont pas nécessairement bien formés pour les compétences parentales » et ajoute qu'elle n'a pas reçu cette formation ni pendant ses études universitaires ni durant ses stages ou internats. Cette perception est partagée par PSY3964, qui explique : « [...] [L]es psychologues. Parce que moi je ne peux que parler pour les psychologues, y a pas, y a rarement des interventions, ben le parcours parle pas du tout de la famille ou presque pas là. ». PSY2498 explique que pour sa part, elle a fait une partie de sa formation doctorale sur les enjeux liés aux parents ayant un trouble mental, mais que « c'est sûr que c'est pas la même game [la même réalité] pour l'ensemble [...] des personnes qui qui pratiquent là, auprès des adultes. ». Cette réalité est également illustrée par les propos de PSY680, qui explique :

« [M]oi [...] mon doctorat, moi je l'ai fait en Adulte. Donc j'ai pas du tout la formation Enfants-Ados qui inclut aussi également un certain nombre de de d'éléments sur le les dynamiques familiales, la les pratiques parentales, l'évaluation justement du du rôle parental, comme le sont, comme le sont les psys là pour justement, qui font des évaluations de la DPJ et cetera. »

Ce manque de formation spécifique a des conséquences directes sur la pratique des psychologues. PSY3964 indique : « [...] on n'a pas du tout cette formation-là au niveau des compétences parentales, comment les outiller. Fait que je j'ai vraiment l'impression là tu sais, que que quelque chose dans la formation qui est manquante au niveau des psychologues. », ajoutant que cela contribue à un « cercle vicieux » où les psychologues se sentent incompétents et donc n'abordent pas ces aspects—« on baigne un peu dans le même niveau d'incompétence, selon nous. ».

Thème 8. La confidentialité comme principe inhérent aux professions en travail social et en psychologie

Parmi les facteurs liés à la profession contribuant à l'intégration des PCF, l'obligation entourant le maintien de la confidentialité des usagers émerge comme élément transversal, évoqué par les travailleuses sociales et les psychologues. Ce facteur constitue le dernier thème identifié. S'il constitue un ancrage fondamental du cadre d'intervention et une condition à la sécurité du lien thérapeutique entre la professionnelle et l'usager, il peut également représenter une barrière à la collaboration directe avec les proches selon les participantes.

Au cours des entrevues, toutes les professionnelles rappellent que la confidentialité encadre strictement les échanges d'information : « [I]l y a toute la notion de confidentialité. Je peux pas outrepasser ça. » (TS354). L'échange avec les familles peut ainsi être limité, comme le résume PSY1883 : « La seule chose qu'on peut, c'est de prendre de l'information [...], mais je ne peux pas en donner » et TS1798 mentionne ce même point. De son côté, TS1227 précise : « [...] si j'ai des inquiétudes et que l'usager m'autorise pas à communiquer avec ses proches, à moins que j'aie la dangerosité, j'ai pieds et mains liés. ». Allant dans le même sens, PSY680 rajoute que « la façon dont [...] la loi est faite aussi là, fait que pour garder la confidentialité des usagers, [...] moi je rencontre essentiellement la personne et je rencontre très peu les familles, très très peu. ».

Chez les professionnelles, la question se pose également sur le plan de la préservation du lien thérapeutique. PSY3964 décrit ce dilemme : « On veut pas briser le lien de confiance avec le patient, mais en même temps on a des interventions plus clés [...] à faire [...]. Je pense que c'est le degré que je trouve un petit peu plus difficile parfois avec le côté parental. ». « [O]n a besoin de ce filet-là pour que l'usager se sente en confiance. » renchérit TS1227. De même, PSY2498 évoque la difficulté de collaborer avec d'autres professionnels sans risquer d'altérer cette alliance, notant que « le lien avec le client [est alors] facile à perdre ».

CHAPITRE V

Discussion

Rappelons d'abord que le premier objectif de cette étude était de documenter et de comparer les PCF adoptées par les psychologues et les travailleurs sociaux lorsqu'ils interviennent auprès de parents-usagers en SMA. Le deuxième objectif était d'examiner les facteurs liés à la profession sous-tendant ces pratiques chez ces deux groupes.

Le présent chapitre reviendra sur les résultats obtenus. Ces derniers suggèrent globalement que les psychologues et travailleuses sociales participantes reconnaissent l'importance des liens entre les individus aux prises avec des problèmes de santé mentale et leurs proches, ainsi que les conséquences potentielles sur le bien-être de toute la famille. Cependant, leur manière de mettre en pratique cette reconnaissance ainsi que la portée de leurs interventions varient en fonction de leurs rôles et des fondements de leurs professions distinctes.

Ci-bas, nous rappellerons les principaux résultats de l'étude, tout en mettant en évidence les liens avec la littérature existante. Ensuite, nous proposerons des recommandations visant à promouvoir l'intégration des PCF dans la pratique clinique en SMA chez les psychologues et travailleurs sociaux et à encourager une collaboration interprofessionnelle renforcée ayant comme objectif une meilleure prise en charge des parents-usagers et leurs familles au sein des services en santé mentale au Québec. Finalement, certaines recommandations pour la recherche future, les forces et les limitations de cette étude seront discutées.

La parentalité dans le cadre de l'évaluation initiale : entre exigences professionnelles et cadres conceptuels distincts

Les travailleuses sociales et les psychologues ayant participé à notre étude ont unanimement rapporté prendre en compte des éléments lié au statut parental, tels que la présence et le nombre d'enfants, lors du processus initial d'évaluation des nouveaux usagers. Ceci rejoint

notamment les résultats de l'étude qualitative de Dalton et al. (2024), réalisée auprès de 19 professionnels en SMA, dont 4 psychologues. En revanche, notre résultat contraste avec des données antérieures suggérant que certains professionnels de la santé mentale ne prennent pas systématiquement en compte le statut parental lors des évaluations des usagers (Reupert et al., 2015). À cet égard, l'intégration systématique du statut parental dans le processus évaluatif, qui constitue un fondement d'une approche centrée sur la famille (Foster et al., 2016; Kokorelias et al., 2019), est illustré dans le discours de nos participantes travailleuses sociales et psychologues.

Plus spécifiquement, Foster et ses collègues (2016) soulignent que cette évaluation du statut parental peut s'échelonner d'une identification initiale des relations familiales, à des analyses plus approfondies explorant les compétences parentales, les dynamiques familiales, les répercussions des troubles mentaux sur les autres membres de la famille, ainsi que le degré de compréhension de la santé mentale au sein du foyer. Cette évaluation systématique s'avère d'autant plus déterminante qu'elle permet d'orienter les interventions futures, qu'elles soient axées sur le soutien direct au parent ou sur la mobilisation de ressources supplémentaires pour la famille entière.

Dans la présente étude, la prise en compte du statut parental varie effectivement en fonction des cadres d'intervention respectifs des travailleuses sociales et des psychologues. Plus concrètement, chez les travailleuses sociales de notre étude, l'évaluation du statut parental s'actualise à travers l'évaluation du fonctionnement social, qui leur permet d'explorer les dynamiques familiales et de s'assurer que le parent-usager est en mesure de répondre aux besoins de ses enfants, par exemple. Certaines travailleuses sociales participantes rapportent utiliser des outils, tels que le génogramme, servant à représenter les relations familiales de manière structurée, une pratique reconnue comme facilitant la compréhension des patrons relationnels

intergénérationnels et l'identification des ressources au sein d'une famille (Goodyear et al., 2015; Joseph et al., 2023; McGoldrick et al., 2020)

En fait, rappelons que l'importance accordée à l'évaluation du fonctionnement social s'inscrit dans le cadre législatif établi par l'OTSTCFQ, qui la définit comme une activité professionnelle réservée (OTSTCFQ, 2011). Cette conceptualisation se reflète dans les lignes directrices de l'OTSTCFQ (2011), qui recommandent une évaluation globale, intégrant les interactions dynamiques entre l'individu, son entourage immédiat et les systèmes sociaux dans lesquels il évolue. Cette exigence législative permet ainsi de contextualiser le discours des travailleuses sociales participantes à notre étude, qui considèrent l'évaluation du statut parental comme étant une « obligation » professionnelle inhérente à leur processus évaluatif auprès d'usagers adultes.

De leur côté, les psychologues participantes intègrent la sphère familiale, dont la relation avec les enfants, dans leur évaluation initiale, considérant cette dimension comme une composante « de base » de leur pratique clinique. Cette intégration s'aligne avec les données soulignant l'importance d'une compréhension contextuelle familiale des problématiques de santé mentale individuelles (An et al., 2024; Marth et al., 2022). Néanmoins, la littérature empirique et le cadre légal québécois suggère des distinctions entre l'approche évaluative des psychologues et celle des travailleuses sociales, notamment dans leurs objectifs cliniques, leur cadre conceptuel et leurs fondements législatifs. En fait, l'article 187.2. du Code des professions (2025) stipule que tout psychologue doit procéder à une évaluation initiale rigoureuse. Celle-ci vise généralement à déterminer la pertinence d'entreprendre un processus psychothérapeutique et repose sur une analyse de plusieurs dimensions spécifiques, notamment :

[L]a demande formulée par la personne; les facteurs biologiques, psychologiques, sociaux et culturels; l'utilisation et l'interprétation de différents tests, questionnaires et techniques,

le cas échéant; les ressources et les forces du client; l'existence d'un diagnostic, notamment d'un trouble mental, et d'un traitement actuel ou antérieur (Office des professions du Québec, 2021).

Cette pratique évaluative se distingue conceptuellement de l'évaluation du fonctionnement social qui, par sa nature détaillée ci-haut, met une emphase particulière sur les dynamiques familiales et sociales de l'usager. En effet, l'évaluation initiale chez les psychologues privilégie la prise en compte des besoins de l'individu, ainsi qu'une analyse des caractéristiques intrapsychiques et du fonctionnement individuel—bien souvent avec une attention particulière portée aux éléments psychopathologiques et aux considérations diagnostiques (Hunsley & Mash, 2018; Office des professions du Québec, 2021; OPQ, s.d.-c).

Ainsi, le travail social, en plaçant l'évaluation du fonctionnement social au centre de ses pratiques, adopte *de facto* une perspective intrinsèquement sensible aux enjeux familiaux (Bland et al., 2021; OTSTCFQ, 2011). Cette orientation théorique et méthodologique s'aligne étroitement avec les principes fondamentaux des PCF, qui positionnent les relations familiales comme un déterminant important du bien-être psychosocial (Foster et al., 2016). Dans le contexte spécifique de la santé mentale, Bergeron-Leclerc et ses collègues (2019) conceptualisent les troubles mentaux au sein d'une évaluation du fonctionnement social comme des phénomènes qui se doivent d'être considérés « à la fois comme causes et comme conséquences des autres problèmes observés et qui touchent non seulement les personnes et leur entourage, mais aussi leur environnement social proximal et la société elle-même. ».

Bien que l'évaluation initiale rigoureuse chez les psychologues intègre formellement les facteurs « sociaux » au sens large (Office des professions du Québec, 2021), nos résultats suggèrent que ces éléments occupent une position moins centrale que dans l'évaluation du fonctionnement social chez les travailleurs sociaux. Nous supposons que cette distinction reflète

les fondements épistémologiques distincts des deux professions, une dimension qui sera approfondie dans la section portant sur la contribution des fondements professionnels sur les PCF. Ainsi, bien que le rôle parental constitue une composante essentielle de l'évaluation pour les deux groupes professionnels, son intégration et sa portée apparaissent influencées par les cadres théoriques et méthodologiques propres à chaque discipline. Néanmoins, un point de convergence émerge : l'intégration du rôle parental et la considération au sens large du bien-être des enfants sont des éléments communs des pratiques chez les travailleurs sociaux et psychologues. La prochaine section explorera donc comment cette considération initiale de la parentalité se traduit concrètement dans les interventions déployées par ces deux groupes professionnels.

L'intégration du soutien parental dans les interventions cliniques : des pratiques ancrées, mais implicites

Nos résultats mettent en évidence que les travailleuses sociales et les psychologues intègrent toutes deux des éléments de soutien parental dans leur pratique. Un constat notable émerge du discours des participantes : les deux groupes professionnels privilégient une approche implicite d'intégration du soutien parental, l'incorporant à leurs cadres d'intervention préexistants plutôt que de le formaliser en un objectif distinct ou d'étiqueter leurs pratiques comme étant « centrées sur la famille. »

Cette intégration implicite du soutien parental fait écho aux observations de la revue systématique de Gregg et al. (2021) portant sur l'application des PCF en SMA, qui révèle l'absence de différence significative entre les professions quant à la prestation de soutien parental (« *parenting support* »), suggérant une relative régularité de cette pratique à travers les diverses disciplines de la santé mentale, dont les travailleurs sociaux et psychologues. Toutefois, nos résultats permettent d'approfondir cette compréhension en révélant des distinctions dans la

manière dont ces professionnelles incorporent le soutien parental au sein de leurs cadres d'intervention respectifs qui seront élaborés dans les prochains paragraphes.

Soutien de la parentalité au sein des interventions individuelles : une convergence avec des modèles d'intervention reconnus

Plus spécifiquement, nous observons des particularités distinctes dans la mise en œuvre du soutien parental au sein du cadre des interventions psychothérapeutiques individuelles chez les psychologues en SMA. On y note que les éléments liés à la parentalité apparaissent intégrés aux interventions déjà établies, telles celles ciblant la régulation émotionnelle, les capacités de mentalisation, ou la prise de conscience des répercussions de sa propre histoire développementale. Il est à noter que les travailleuses sociales participantes rapportent elles aussi intégrer des notions de communication ouverte et de régulation de émotions avec les parents-usagers au sein de leurs interventions.

L'intégration implicite de la dimension parentale reflète certaines pratiques cliniques reconnues et établies (Malberg et al., 2023; Havighurst & Kehoe, 2023; Steele & Steele, 2018; Whittingham & Coyne, 2019). Plus spécifiquement, les interventions rapportées trouvent écho au sein de programmes d'intervention conçus pour soutenir les parents ayant des troubles de la santé mentale, soulignant notamment l'importance d'une approche ciblant simultanément les compétences parentales et la santé mentale du parent (Radley et al., 2022). Ces programmes, conçus pour être offerts par divers professionnels de la santé mentale, incorporent notamment des composantes liées à la capacité de mentalisation du parent, à la gestion de ses propres émotions et à sa capacité de mieux répondre à celles de son enfant, ainsi qu'à l'amélioration de la communication au sein de la dyade parent-enfant, qui rappellent celles nommées par les participantes de notre étude.

Plus encore, il est intéressant de constater la convergence qui émerge entre les pratiques individuelles rapportées par les professionnelles de notre étude et les recommandations issues de l'analyse systématique et méta-synthèse de Harries et al. (2023) sur l'expérience des parents ayant de troubles de la santé mentale sévères et leurs besoins en termes de soutien. Ces auteurs recommandent qu'un accompagnement psychologique à long terme puisse aider les parents à « interpréter leur vécu menaçant, les aidant ainsi à retrouver leur sentiment de contrôle et de connexion avec leurs enfants, leurs familles et leurs réseaux plus larges » (p.338, traduction libre). Cette recommandation fait écho aux pratiques rapportées tant par les psychologues que par les travailleuses sociales de notre étude, qui soulignent l'importance d'un travail thérapeutique portant à la fois sur les enjeux relationnels et les difficultés personnelles des parents-usagers.

Harries et al. (2023) soulignent également l'importance de proposer des interventions visant la régulation des émotions—comme le rapportent les professionnelles de notre échantillon—pouvant permettre de « renforcer les relations parent-enfant en réduisant la honte et les comportements auto-destructeurs, tout en aidant les parents à reconnaître et à gérer leurs propres besoins émotionnels ainsi que ceux de leurs enfants » (p.337, traduction libre). Zalewski et al. (2017) soulignent que le traitement des troubles mentaux chez les parents-usagers constitue une opportunité importante de prévention intergénérationnelle des problématiques de santé mentale.

Éduquer pour mieux soutenir : l'éducation psychologique comme levier thérapeutique parental

Nos résultats suggèrent que la pratique d'éducation psychologique ciblant les enjeux parentaux fait partie du répertoire d'interventions des psychologues, tout en ayant également été mentionnée par deux des travailleuses sociales participantes. L'éducation psychologique, telle que

définie par le *Règlement sur le permis de psychothérapeute* (2025) au Québec, est une pratique qui :

[...] vise un apprentissage par l'information et l'éducation de la personne. Elle peut être utilisée à toutes les étapes du processus de soins et de services. Il s'agit de l'enseignement de connaissances et d'habiletés spécifiques visant à maintenir et à améliorer l'autonomie ou la santé de la personne, notamment à prévenir l'apparition de problèmes de santé ou sociaux incluant les troubles mentaux ou la détérioration de l'état mental (art 6.4.).

Rappelons que les professionnelles participantes rapportent déployer diverses stratégies éducatives, notamment : l'enseignement des étapes développementales de l'enfant, l'utilisation de la bibliothérapie ciblant les problématiques chez les enfants, et la présentation de données probantes concernant les répercussions potentielles d'un trouble mental parental sur l'enfant. Cette diversité de stratégies éducatives s'aligne avec les recommandations concernant les PCF dédiées au parent-usager (Kokorelias et al., 2019; Lagdon et al., 2021; Overbeek et al., 2023).

La littérature met en évidence que les parents vivant avec des troubles mentaux expriment fréquemment le besoin d'acquérir une meilleure compréhension de leurs symptômes et des conséquences sur leur fonctionnement parental (Afzelius et al., 2018; Maybery & Reupert, 2018). Ce besoin de compréhension s'inscrit dans une perspective plus large d'amélioration de leurs compétences parentales et de prévention des répercussions potentielles sur leurs enfants (van der Ende et al., 2016). Pour répondre à ce besoin, l'éducation psychologique offerte par les professionnels de la santé mentale représente une intervention privilégiée (Harries et al., 2023), s'alignant particulièrement avec les principes fondamentaux des PCF (Foster et al., 2016; Lagdon et al., 2021). Celle-ci joue un rôle positif dans la déstigmatisation des troubles mentaux et dans le

renforcement de la cohésion familiale (Dehbozorgi et al., 2023; Morgan et al., 2018; Smith et al., 2020; Tsang et al., 2016). Comme le soulignent Harries et collaborateurs (2023) :

La psychoéducation devrait être offerte afin de normaliser les expériences des parents, réduire la culpabilité et la stigmatisation, favoriser l'intégration dans les réseaux communautaires, encourager des discussions à l'échelle du système sur la santé mentale, et renforcer les relations d'attachement entre les parents et les enfants. (p.338, traduction libre).

L'angle mort de l'éducation psychologique : un soutien familial encore à développer

Un constat préoccupant émerge toutefois de notre étude : l'absence notable de matériel éducatif spécifiquement transmis pour les enfants et autres membres de la famille des usagers dans les pratiques rapportées des deux groupes professionnels. Cette lacune se manifeste tant par l'omission de ce sujet dans leurs discours que par la réalité déclarée de ne pas interagir directement avec les enfants mineurs de leurs usagers. Cette observation contraste avec l'abondante littérature suggérant les bénéfices des interventions à visée éducative auprès des membres de la famille (Brady et al., 2017; Dehbozorgi et al., 2018 ; Lucksted et al., 2012; Sin et al., 2013; Smith et al., 2020; Tuck et al., 2023; Weiss et al., 2018), particulièrement des jeunes dont un parent a un trouble de santé mentale (Beardslee et al., 2003, 2007; Grove et al., 2015; Küçük et al., 2020; Lucksted et al., 2012; Power et al., 2015; Puchol-Martínez et al., 2023; Tapias et al., 2021; Vetri et al., 2022; Villatte et al., 2024). Cette divergence entre les pratiques actuelles et les données probantes suggère une opportunité d'amélioration des services offerts aux familles touchées par les troubles mentaux parentaux au sein de services en SMA.

De ce fait, nos résultats révèlent non seulement une absence de matériel éducatif transmis aux enfants et autres membres de la famille chez les travailleuses sociales et psychologues, mais également des différences marquées dans la manière dont les deux groupes conceptualisent et

mettent en œuvre l'engagement des proches dans leurs interventions. La prochaine section examinera donc ces divergences concernant la volonté de collaboration familiale dans leurs suivis auprès de parents-usagers.

L'implication des proches adultes à l'épreuve des pratiques disciplinaires

Nos résultats font ressortir une distinction importante entre les psychologues et travailleuses sociales concernant leurs perspectives et pratiques relatives à l'inclusion des proches adultes dans le processus de soin. Les travailleuses sociales expriment une ouverture face à l'implication des proches adultes de parents-usagers au sein de leurs suivis, tandis que les psychologues adoptent une perspective plus réservée à cet égard. Cette divergence dans les pratiques visant l'implication des proches entre les travailleurs sociaux et psychologues fait écho aux observations documentées dans certaines études quantitatives (Skogøy et al., 2019; Tungpunkom et al. 2017).

Plus spécifiquement, les travailleuses sociales rapportent privilégier activement l'inclusion des proches adultes dans les rencontres avec les parents-usagers, une pratique qu'elles décrivent comme « systématique » dans leur approche. Elles citent l'importance du soutien familial dans le parcours de soins. Lorsqu'approprié, ces dernières mettent l'accent sur l'engagement de ces proches adultes afin de leur expliquer un processus clinique, les rassurer de la capacité d'autonomie d'un usager, ou simplement pour alléger l'anxiété d'un parent-usager, par exemple.

Soulignons que l'implication familiale dans les suivis en santé mentale est souvent appréciée par les parents-usagers, comme l'ont montré les revues systématiques de Bacon et al. (2023), Cameron et al. (2023), et Dunn et al. (2023). De plus, ces pratiques rapportées par les travailleuses sociales s'alignent étroitement avec le cadre conceptuel des PCF, particulièrement en ce qui concerne deux dimensions fondamentales identifiées par Foster et al. (2016). La première dimension implique « la planification de soins et d'objectifs familiaux » qui vise l'optimisation

simultanée du rétablissement individuel et du bien-être familial systémique. La seconde dimension concerne le déploiement d'un « soutien instrumental, émotionnel et social », se manifestant notamment par l'« empathie démontrée à l'égard des membres de la famille » et l' « encouragement à élargir leurs réseaux sociaux et à améliorer leurs relations avec les autres » (p.45, traductions libres).

Néanmoins, le discours des travailleuses sociales indique que, malgré leur ouverture manifeste à la participation de membres de la famille adultes, celle-ci demeure subjectivement peu fréquente au cours de leurs suivis. Cette disparité entre l'intention et la mise en œuvre pourrait s'expliquer par différents facteurs liés aux parents-usagers et à leurs familles (Maybery & Reupert, 2009; Grant et al., 2018)—par exemple, la disponibilité des proches, leur volonté de s'impliquer, ou encore des éléments de la dynamique familiale. Ces aspects, qui dépassent le cadre de ce projet axé sur les pratiques et facteurs propres aux professionnels, constituent néanmoins une piste pertinente pour la recherche future.

Posture plus réservée face à l'implication familiale chez les psychologues

À l'opposé, nos résultats révèlent une posture plus réservée chez les psychologues concernant la volonté d'inclure des membres de la famille. Cette implication familiale « extrêmement rare » est principalement rapportée dans des contextes cliniques spécifiques, notamment lors de situations de crise suicidaire. Dans ce cas, l'intégration des proches dans l'élaboration d'un plan de crise constitue une manifestation des PCF (Foster et al., 2016). En dehors de ces situations particulières, la volonté d'impliquer des proches reste largement non-exploitée par les psychologues de notre échantillon. De ce fait, l'établissement de collaborations entre professionnels et familles, un principe fondamental des PCF (Foster et al., 2016; Smith et al., 2020), bien qu'encouragé chez les travailleuses sociales, demeure subjectivement plus rare dans les pratiques des psychologues participantes.

Plus spécifiquement, les psychologues participantes rapportent centrer principalement leurs interventions sur l'individu—une pratique également documentée dans la revue systématique de Gregg et al. (2021). Cette orientation pratique vers l'individu est illustrée par le témoignage d'une psychologue participante à l'étude de Tchernevovski et al. (2018) : « Les travailleurs sociaux s'occupent beaucoup du travail avec les familles, [...]. Moi, je me concentre davantage sur la thérapie individuelle avec le client lui-même » (p.5, traduction libre). Cette prédominance de pratiques centrées sur l'individu persiste malgré des données probantes démontrant les bénéfices de l'engagement familial, tant dans le traitement psychothérapeutique de certains troubles mentaux chez les adultes (Thompson-Hollands et al., 2014; Reuman et al., 2021; Fleming et al., 2022; Keitner, 2022) que dans les interventions générales auprès des parents ayant un trouble mental (Overbeek et al., 2023).

Différends face aux pratiques visant l'implication des proches soutenus dans la littérature. Les différends observés dans nos résultats vis-à-vis la volonté d'engagement des proches chez les psychologues et travailleurs sociaux sont également rapportés dans la littérature de nature quantitative sur les PCF. En effet, la revue systématique de Gregg et al. (2021) démontre que les travailleurs sociaux présentent une inclination significativement plus élevée que les autres professionnels de la santé mentale à offrir un soutien direct aux proches. Cette tendance , qui corrobore nos résultats qualitatifs, est documentée par des études comparatives. Notamment, Piché et al. (2023) et, Tungpunkom et al. (2017) ont mis en évidence que les travailleurs sociaux étaient statistiquement plus enclins que les psychologues à rapporter fournir un soutien direct aux membres de la famille au FFMHPQ.

De manière similaire, l'étude de Skogøy et al. (2019) met en évidence des différences significatives entre les groupes professionnels, les travailleurs sociaux obtenant des scores

significativement plus élevés que les psychologues dans la dimension « soutien familial », englobant tant les rencontres familiales que l'éducation psychologique auprès des proches.

Cette différence interprofessionnelle s'étend également à la conceptualisation même du rôle professionnel—sujet qui sera abordé ultérieurement—comme l'illustre l'étude de Slack et Webber (2008), où les travailleurs sociaux se distinguent des autres professionnels de la santé mentale par leur plus grande inclination à considérer le soutien aux enfants des parents-usagers comme partie intégrante de leurs responsabilités professionnelles.

Point de convergence disciplinaires et implications pour la protection des enfants

Bien que les deux groupes professionnels rapportent des pratiques divergentes face à l'implication des proches adultes, ils convergent sur un point important : les enfants mineurs des parents-usagers ne sont rencontrés que rarement, voire jamais selon les professionnelles investiguées. Ce constat soulève des questions concernant les situations où ceux-ci sont susceptibles de jouer un rôle de proche aidance ou pourraient dans certains cas être exposés à des situations d'abus, de négligence, de conditions compromettant leur développement (Harries et al., 2023; Otterman & Haney, 2024; Vilatte et al., 2025). Ainsi, le prochain thème décrira plus spécifiquement les enjeux soulevés par les travailleuses sociales et les psychologues en SMA en matière d'évaluation et de gestion du risque, mettant en lumière les convergences notables dans leurs pratiques respectives.

Enjeux communs liés aux pratiques d'évaluation et gestion du risque au profit des jeunes dont un parent a un trouble de santé mentale

L'analyse des entrevues révèle que les discours des travailleuses sociales et des psychologues comportent de nombreuses similarités en ce qui concerne l'évaluation et la gestion du risque pour l'enfant, incluant les pratiques de signalement au DPJ. Cette convergence fait écho aux résultats de la revue systématique de Gregg et al. (2021), qui n'a identifié aucune différence

significative entre les groupes professionnels dans leurs pratiques d'évaluation de la conscience de parents du bien-être de leurs enfants.

Vigilance et évaluation en continu chez les deux groupes professionnels. Plus spécifiquement, les participantes des deux groupes professionnels décrivent maintenir une vigilance constante face aux « risques » potentiels d'abus ou de négligence, principalement à travers l'évaluation du discours des parents-usagers. Nos résultats suggèrent également que tant les travailleuses sociales que les psychologues se disent prêtes à effectuer des signalements au DPJ lorsqu'elles le jugent nécessaire. Ces pratiques rapportées par les participantes reflètent les normes des PCF en santé mentale adulte documentées (Goodyear et al., 2015).

Obligations professionnelles et protection de l'enfance. Nos résultats suggèrent également que les professionnelles interrogées considèrent ces responsabilités comme une part intégrante de leur travail. Ce constat émerge également dans la littérature portant sur les professionnels œuvrant au sein des services en SMA (Everts et al., 2022; Tchernegovski et al., 2018), malgré leur sous-représentation marquée dans la littérature sur la protection de l'enfance (Yoo et al., 2023).

Dans le contexte québécois, cette intégration des responsabilités de protection de l'enfance pourrait être comprise à la lumière du cadre légal auquel sont assujettis les travailleurs sociaux et les psychologues. En fait, en vertu de l'article 38 de la Loi sur la protection de la jeunesse au Québec, les psychologues et les travailleurs sociaux sont tenus de déposer un signalement au DPJ lorsqu'ils ont un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant sont compromis—c'est-à-dire « lorsqu'il [l'enfant] se retrouve dans une situation d'abandon, de négligence, de mauvais traitements psychologiques, d'exposition à la violence conjugale, d'abus sexuels ou d'abus physiques ou lorsqu'il présente des troubles de comportement sérieux » (2025).

Enjeux de l'évaluation indirecte de la sécurité des enfants. Néanmoins, tel que mentionné plus haut, nos résultats suggèrent aussi que dans les situations impliquant les proches, les travailleuses sociales et psychologues privilégient les interactions avec les adultes, excluant ainsi les enfants mineurs des échanges directs. Cette pratique—ou plus précisément cette absence de pratique—soulève une question critique concernant la capacité des professionnels à évaluer adéquatement la sécurité des enfants de leurs usagers sans contact direct et à procéder aux actions de gestion de risque lorsque nécessaire. Bien que les deux groupes soulignent leur vigilance quant à la sécurité et le bien-être de ces jeunes, l'absence d'interactions directes pourrait compromettre leur compréhension des besoins et des situations réelles de ces derniers.

La littérature empirique documente plusieurs exemples de cet enjeu. Tchernegovski et al. (2018) rapportent que les professionnels de la santé mentale adulte participants à leur étude, dont quatre psychologues et trois travailleurs sociaux, ont exprimé des difficultés dans l'évaluation de la sécurité des enfants, particulièrement en l'absence d'une compréhension exhaustive de la dynamique familiale. De manière similaire, l'étude à devis mixte d'Everts et al. (2022), portant sur un protocole de vérification des risques pour les jeunes dont un parent a un trouble mental, met en lumière un phénomène paradoxal : les professionnels, dans leur quête d'obtenir un portrait exact de la situation de l'enfant concerné, se retrouvent souvent dans l'inaction. Plus précisément, l'impératif de « recherche de vérité » (« *truth finding* »)—soit la volonté de déterminer avec certitude la situation au domicile—devient paradoxalement un obstacle à l'intervention. L'étude révèle également que plusieurs professionnels exprimaient le besoin d'accéder à des sources d'information multiples pour établir « ce qui se passe réellement » (p.5, traduction libre) chez l'usager, particulièrement dans les situations où la relation thérapeutique risquait d'être compromise par des questionnements perçus comme intrusifs. Cette quête de certitude absolue peut ainsi mener à une paralysie décisionnelle, les professionnels hésitant à agir sans avoir tous

les éléments de preuve—une préoccupation qui trouve écho dans les témoignages des participantes de notre étude, qui décrivent les « zones grises » qu'elles perçoivent liées aux impératifs de signalement.

Enjeux liés à la faible fréquence subjective de signalements. À cet effet, rappelons que les psychologues et travailleuses sociales interrogées suggèrent qu'ultimement, bien que le signalement soit évoqué comme une possibilité, il demeure subjectivement rare dans leur pratique. Ceci pourrait en partie être lié aux enjeux précédemment évoqués, tels que le manque d'informations concernant la situation de l'enfant provenant de sources variées, ou encore la préoccupation de préserver le lien de confiance avec le parent-usager, tel qu'évoqué par nos participantes, qui décrivent notamment les tensions significatives pouvant émerger lorsqu'elles partagent leurs préoccupations aux parents-usagers concernant leurs enfants.

Concernant cette préoccupation évoquée dans nos résultats, Harries et al. (2023) documentent que les parents usagers en santé mentale expriment fréquemment des craintes concernant la perte potentielle de la garde de leurs enfants lorsqu'ils partagent leurs difficultés parentales, compromettant la tâche de professionnels dans ces circonstances d'évaluer adéquatement la réponse parentale aux besoins des enfants (Gregg et al., 2021). Bacon et al. (2023) soulignent également que la perte de la garde d'un enfant est souvent perçue comme un événement hautement stigmatisant et potentiellement traumatisant pour le parent, susceptible d'exacerber les difficultés de santé mentale préexistantes selon les professionnels de la santé mentale adulte. Ces croyances tenues par les professionnels pourraient ainsi considérablement peser sur leurs démarches décisionnelles, constituant ainsi une piste de recherche future pour approfondir notre compréhension des pratiques en protection de l'enfance en contexte de services en SMA.

Absence de pratiques de soutien pour les jeunes au-delà de l'évaluation et la gestion du risque

Au-delà des pratiques d'évaluation et de gestion du risque, un constat important est le fait que l'absence d'interactions directes avec les enfants des usagers suggère une limitation plus large des pratiques de soutien envers les jeunes dont un parent a un trouble de santé mentale. En effet, le discours des participantes des deux groupes professionnels se concentre presque exclusivement sur les enjeux de protection de l'enfance, négligeant ainsi un éventail plus large de besoins que pourraient présenter ces jeunes.

Ce constat fait écho à celui de Dalton et al. (2024), qui supposent que les professionnels qui œuvrent auprès d'adultes tendraient à conceptualiser leurs responsabilités envers les enfants principalement sous l'angle de la sécurité physique immédiate, alors qu'une minorité d'entre eux évoqueraient des considérations élargies sur leur bien-être émotionnel ou à long terme. En ce sens, Everts et al. (2022) proposent que cette focalisation limitée aux risques immédiats constitue un obstacle potentiel au développement d'interventions répondant aux besoins diversifiés des jeunes dont un parent a un trouble mental.

Ainsi, la perspective limitée aux risques de sécurité immédiats et aux possibilités de signalement au DPJ évoqué par les psychologues et travailleuses sociales de notre étude représente en fait l'extrême d'un continuum d'interventions possibles auprès des enfants d'usagers, qui pourraient inclure entre autres l'évaluation des besoins informationnels, émotionnels et pratiques (Reupert et al., 2013; Siegenthaler et al., 2012; Villatte et al., 2021).

Convergence interprofessionnelle dans les pratiques de référencement

Les psychologues et travailleuses sociales ayant participé à la présente étude ont toutes rapporté accorder une importance au référencement vers des services de soutien pour les familles et les enfants, et ont toutes affirmé pratiquer une forme de référencement dans leurs interventions.

Bien que nos données qualitatives ne permettent pas de quantifier la fréquence de ces pratiques, elles révèlent que le référencement occupe une place significative dans leurs discours.

En fait, l'importance du référencement des usagers et de leurs familles ressort comme étant un thème commun aux deux groupes professionnels. Pour certaines, cela constituerait même un « réflexe » dans leurs interventions. Nos résultats suggèrent que les deux groupes partagent un discours similaire à cet égard : elles reconnaissent l'importance de diriger les parents-usagers vers des services externes—on nomme particulièrement l'équipe en SMJ et les organismes communautaires à vocation familiale—pour un soutien complémentaire et actualisent cette pratique lorsque nécessaire. Rappelons que les raisons évoquées pour l'adoption de pratiques de référencement incluent la perception d'un manque d'outils pour accompagner adéquatement le parent, ou encore lorsque la professionnelle estime que, selon ce que lui rapporte le parent, l'enfant bénéficierait davantage d'un service spécialisé ou d'une intervention plus directe que ce qu'elle est en mesure d'offrir.

Ces résultats nuancent les données de l'étude quantitative transversale de Piché et al. (2024b), menée auprès de professionnels de la santé mentale adulte au Québec. Celle-ci révèle que les pratiques de référencement aux services de soutien destinés aux enfants, aux parents et aux partenaires figurent parmi les PCF ayant obtenu des scores d'items les plus faibles au FFMHPQ. Ainsi, il pourrait exister un écart entre l'importance subjective accordée au référencement par les professionnelles et la fréquence auto-rapportée de cette pratique dans leur quotidien clinique. Puisque les résultats de Piché et al. (2024b) se rapportent à un ensemble de professionnels variés, une future analyse des scores des psychologues et des travailleurs sociaux à ces items faciliterait une comparaison plus pointue avec nos propres résultats en contexte québécois.

La convergence du discours des professionnelles à ce sujet dans nos résultats ajoute à l'hétérogénéité des résultats rapportés dans la littérature quantitative internationale. Alors que Maybery et al. (2014) n'ont identifié aucune différence statistiquement significative entre les pratiques de référencement auto-rapportées au FFMHPQ des travailleurs sociaux et des psychologues, Skogøy et al. (2019) et Tungpunkom et al. (2017) ont, pour leur part, observé des scores significativement plus élevés chez les travailleurs sociaux à cette dimension. Plus encore, Skogøy et al. (2019) ont identifié l'appartenance professionnelle au travail social comme un facteur prédictif significatif des pratiques de référencement.

Il importe de noter que notre projet documente la vision des pratiques rapportées par les professionnelles et pas leur concrétisation ni leur fréquence. Il n'évalue pas non plus les résultats de ces références en termes d'accès à des services pour les parents et les membres de la famille. En ce sens, la collecte de données statistiques sur les pratiques de référencement effectivement mises en œuvre par les psychologues et les travailleurs sociaux en SMA permettrait de quantifier et d'éclairer les différences professionnelles objectives, constituant ainsi une piste pertinente pour la recherche future.

Contexte législatif québécois entourant la santé et les services sociaux

Par ailleurs, cette vision convergente des pratiques de référencement peut être contextualisée dans le cadre législatif québécois, particulièrement la Loi sur les services de santé et les services sociaux (2022). L'article 99.7 de cette loi mandate les instances locales, notamment les CISSS, à établir des mécanismes assurant l'accueil, le référencement et le suivi continu des usagers. Celle-ci exige spécifiquement l'orientation des individus vers des services complémentaires lorsque nécessaire. La loi prescrit également l'établissement de collaborations avec divers acteurs du réseau—les établissements spécialisés, les organismes communautaires,

les médecins, les ressources privées et les entreprises d'économie sociale sont nommés—pour assurer une prestation de services cohérente et complète.

La Loi sur les services de santé et les services sociaux (2022) établit également des objectifs plus larges visant à « agir sur les facteurs déterminants pour la santé et le bien-être et rendre les personnes, les familles et les communautés plus responsables à cet égard par des actions de prévention et de promotion » (art. 1, 2°). Elle priorise l'accessibilité à « des services continus de façon à répondre aux besoins des individus, des familles et des groupes aux plans physique, psychique et social » (art. 2, 4°). Dans cette optique, les établissements tels que les CLSC ont la responsabilité de rejoindre les personnes nécessitant des services, soit pour elles-mêmes ou pour leur famille, d'évaluer leurs besoins et de leur offrir les services appropriés au sein de leurs installations ou dans leur milieu de vie. Ils doivent également assurer l'orientation vers les ressources les plus appropriées lorsque nécessaire (art. 80).

Ces dispositions légales offrent ainsi un cadre explicatif potentiel pour comprendre l'importance apparente accordée au référencement dans le discours des travailleuses sociales et les psychologues participant à notre étude. Les pratiques décrites par nos participantes semblent s'inscrire dans cette obligation légale de maintenir une continuité des services et une collaboration intersectorielle. Cette convergence pourrait ainsi refléter l'influence du cadre législatif sur les pratiques cliniques en SMA indépendamment de l'appartenance professionnelle.

Comparaison des facteurs liés à la profession chez les psychologues et travailleuses sociales

Conformément au second volet de l'objectif de ce projet, cette prochaine section explorera et comparera les facteurs professionnels spécifiques qui pourraient sous-tendre les variations dans les pratiques mises en œuvre par les travailleuses sociales et psychologues en SMA participantes. Plus précisément, la discussion se concentrera sur les éléments propres à chaque groupe professionnel associées à l'adoption de PCF auprès de parents-usagers et leurs familles.

L'organisation de cette section suivra encore une fois celle des thèmes principaux dégagés des entretiens présentés dans la section « Résultats » et approfondira chacun d'entre eux.

Limites liées au mandat en matière de PCF

D'abord, rappelons que nos résultats suggèrent que la question du soutien à la famille et aux enfants des usagers apparaît peu définie au sein des mandats des travailleuses sociales et des psychologues en SMA. Cela laisse supposer que le mandat de ces professionnelles, spécifiquement en matière de soutien à la parentalité, aux membres de la famille ou l'entourage, n'est pas clairement défini et que certaines PCF sont perçues comme dépassant les limites de leur rôle (p.ex. le fait de rencontrer l'enfant mineur d'un usager). Ce constat rejoint les résultats de Reupert et al. (2015), qui ont également trouvé que les professionnels de la santé en première ligne—tel que le sont la majorité des participantes de notre étude—se questionnaient à savoir si le fait de travailler auprès de familles faisait réellement partie de leur rôle.

Pourtant, au Québec, les services en SMA sont officiellement destinés aux adultes nécessitant des soins en santé mentale ou ayant reçu un diagnostic, mais également aux familles et à l'entourage des personnes présentant des troubles mentaux (CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal, 2025a). Les services offerts par les professionnels en SMA œuvrant en CLSC, par exemple, incluent explicitement l'évaluation des besoins, des interventions par équipes multidisciplinaires, des références vers des services spécialisés et le soutien à la personne et à sa famille.

Comparaison des mandats respectifs des travailleurs sociaux et psychologues. Nos résultats mettent en évidence que les travailleuses sociales et les psychologues en SMA reconnaissent l'importance des besoins parentaux et familiaux des usagers, mais que les balises imposées par leurs mandats respectifs constituent un facteur commun qui entrave leur capacité à aborder pleinement ces enjeux.

En fait, les travailleuses sociales participantes, bien qu'attentives à la sécurité des enfants, disent se heurter aux contraintes du mandat qui leur est assigné dans le cadre de leur travail qui les empêche de soutenir pleinement les compétences parentales—une limitation qui est particulièrement mise en évidence dans leurs paroles qui soulignent la nécessité de devoir « déborder » de leur mandat pour aborder les enjeux parentaux de manière approfondie.

De leur côté, les psychologues décrivent un mandat principalement centré sur le traitement des troubles mentaux individuels chez les parents-usagers. Bien qu'elles reconnaissent l'importance des besoins dans les sphères parentales et familiales, ces aspects ne seraient pas explicitement intégrés dans leurs responsabilités professionnelles. Ceci conduirait à une priorisation des interventions directement liées au traitement des troubles mentaux. Plus spécifiquement, les psychologues participantes indiquent que selon elles, les questions familiales ne font pas explicitement partie de leur mandat en SMA, les amenant à rediriger ces aspects vers les services disponibles en SMJ. Cette pratique de redirection vers des « experts » fait écho aux observations de Reupert et al. (2015) concernant la tendance des professionnels à déléguer les interventions centrées sur la famille.

Faisant écho à nos propres résultats, au Québec, le projet qualitatif descriptif de Landry (2023) menée auprès de 6 intervenants de la santé mentale œuvrant auprès de parents ayant de troubles mentaux, a mis en évidence que les professionnels présentent une attitude ambiguë à l'égard des PCF, en partie parce que leur mandat principal serait d'intervenir auprès de l'adulte selon ses besoins dits « prioritaires ». L'auteure propose que cette orientation favorise les traitements individuels de manière à ne pas être en alignement avec la prise en compte des besoins parentaux et familiaux. Il est possible que cette ambiguïté des rôles puisse conduire à une disparité des points de vue sur la question de savoir à qui incombe la responsabilité de répondre aux besoins des membres de la famille—particulièrement les enfants—des usagers. En effet, nos

propres résultats suggèrent que bien que les travailleuses sociales et les psychologues en SMA articulent différemment les limites de leur mandat, les participantes des deux groupes affirment que les besoins parentaux et familiaux des usagers vont bien souvent au-delà de leurs mandats.

Bien que le rétablissement de l'individu devrait idéalement être soutenu « en interaction avec son environnement » (Office des professions du Québec, 2021), il apparaît donc que les professionnelles se trouvent limitées face à l'étendue de leur rôle et à leur capacité à mettre en œuvre des pratiques répondant spécifiquement aux besoins parentaux et familiaux. Ces limites des rôles professionnels pourraient mener à une fragmentation des interventions, où les besoins parentaux et familiaux vécus chez les usagers risquent d'être négligés faute d'une intégration claire dans les mandats professionnels.

Contribution des fondements professionnels distincts

Nos résultats soulignent également que les fondements des professions en travail social et en psychologie, ancrés dans des origines épistémologiques distinctes—c'est-à-dire dans des cadres théoriques propres à chaque profession—contribuent à la manière dont les professionnelles interviennent auprès des parents-usagers en SMA.

Plus spécifiquement, nos résultats mettent en lumière un contraste entre ces deux groupes professionnels. Alors que les travailleuses sociales décrivent une vision « globale » qui les conduit à adopter une perspective qui intègre plus aisément le système familial et l'environnement social dans leurs évaluations et interventions auprès de parents, les psychologues rapportent davantage centrer leurs interventions sur l'individu et le travail sur les « besoins psychiques de la personne ». Les deux groupes professionnels participants expliquent que cette orientation est forgée dès les études universitaires.

En ce sens, cette divergence, rapportée tant par les travailleuses sociales que par les psychologues de notre étude, apporte un éclairage intéressant à la piste de réflexion proposée par

Skogøy et al. (2019) évoquée dans les limites de la littérature du présent essai. Plus spécifiquement, dans la discussion de leurs résultats, ces derniers suggèrent comme hypothèse que les psychologues pourraient avoir tendance à concentrer leur attention principalement sur l'usager en tant qu'individu et ainsi, que l'idée d'inclure les enfants dans le suivi représenterait un écart important par rapport à leurs pratiques habituelles. Ces auteurs soulignent que les travailleurs sociaux ont une vision globale de l'usager, ayant pour incidence de considérer davantage ses besoins dans le contexte de son environnement familial. Nos résultats, présentés dans les paragraphes suivants corroborent ces pistes de réflexion.

Le rôle des orientations théoriques en psychologie clinique. En ce qui a trait aux psychologues, Zalewski et al. (2017) abordent l'orientation théorique en psychothérapie comme étant l'une des principales barrières à l'intégration de la parentalité dans la prise en charge des clients adultes. Ces auteurs proposent que certaines approches psychothérapeutiques privilégieraient tellement l'autonomie du client, que les professionnels hésiteraient à aborder certains sujets, comme la parentalité, à moins que le client les amène lui-même.

En fait, chez les psychologues cliniciens au Québec, il est généralement reconnu qu'il existe quatre grandes orientations théoriques qui guident leurs pratiques en psychothérapie. Ces orientations sont : l'approche cognitive-comportementale, l'approche existentielle-humaniste, l'approche psychodynamique-analytique, et l'approche systémique-interactionnelle (OPQ, s.d.-d). Chacune de ces orientations repose sur des principes distincts et guide la manière dont le psychologue conceptualise les difficultés de l'usager, ainsi que les modalités d'intervention employées.

Parmi ces quatre orientations, l'approche systémique-interactionnelle se distingue par son objectif primaire visant à modifier la relation entre l'usager et les membres de son entourage. Ainsi, les individus ayant une place significative dans la vie de l'usager seraient plus

régulièrement invités à participer au suivi par les professionnels s'identifiant à cette orientation théorique (OPQ, s.d.-d). En fait, celle-ci met en lumière l'interdépendance de l'individu avec les systèmes auxquels il appartient—par exemple sa famille ou sa communauté—and est définie comme « une manière de saisir la réalité qui reconnaît l'interaction comme principe fondamental de tout ce qui est vivant » (Balas, 2008, p.7). Contrairement à l'approche systémique-interactionnelle, les orientations cognitive-comportementale, existentielle-humaniste et psychodynamique-analytique n'identifient pas l'implication directe des proches comme un principe central de leur cadre théorique (OPQ, s.d.-d).

En ce sens, la prédominance des approches centrées sur l'individu, évoquée par les psychologues participantes comme étant ancrée dès leur formation universitaire, fait écho aux résultats de Leenman et Arblaster (2020). Ces derniers suggèrent que la formation universitaire ne semble pas suffisante chez certains cliniciens pour leur permettre de répondre aux besoins des familles où un parent présente un trouble mental. Celle-ci les formerait davantage à travailler individuellement avec les usagers, plutôt qu'avec l'ensemble de la famille afin de promouvoir le bien-être familial.

Au Québec, une étude menée auprès des 8608 psychologues inscrits à l'Ordre des Psychologues du Québec en 2013 a révélé que, lorsque deux choix d'orientation théorique étaient simultanément pris en compte, 55,8 % des professionnels adoptaient l'orientation cognitive-comportementale, 34,3 % l'orientation existentielle-humaniste, 27,9 % l'orientation psychodynamique-analytique, et 21,8 % l'orientation systémique-interactionnelle (Jaimes et al., 2015). Ces données, bien qu'elles portent sur l'ensemble des psychologues québécois et non seulement ceux œuvrant en SMA, mettent en évidence une prédominance de l'approche cognitive-comportementale, tout en indiquant la présence non négligeable de l'orientation systémique-interactionnelle chez les psychologues privilégiant l'implication directe des proches.

Au cours des dernières décennies en Amérique du Nord, la prédominance grandissante des modèles de traitement psychologiques d'orientation cognitive-comportementale et d'approches qui en sont dérivées est également largement soutenue par la littérature empirique (Gaudiano, 2008; Hofmann et al., 2012; Norcross et al., 2005; Soares et al., 2020). Ce constat offre un contexte pertinent pour contextualiser nos résultats, qui suggèrent que les psychologues en SMA seraient généralement moins enclins à inclure les proches des parents-usagers dans le suivi.

Le rôle des orientations théoriques en travail social. De l'autre côté de la médaille, les travailleuses sociales semblent davantage guidées par une orientation « globale » qui encourage plus ouvertement l'implication des proches dans le suivi des parents-usagers. Cette orientation s'ancre dans trois orientations théoriques majeures en travail social—soit les approches systémique, bioécologique, et structurelle—qui mettent en évidence l'interconnexion entre l'individu et son environnement (Carignan, 2017). Alors que l'orientation systémique-interactionnelle semble plus modérément répandue chez les psychologues au Québec (Jaimes et al., 2015), les travailleurs sociaux intègrent cette perspective dès leurs premières années de formation, étant formés à considérer les dynamiques relationnelles et les difficultés interactionnelles familiales comme essentiels au travail sur les difficultés de leurs usagers (Carignan, 2017; Gusew & Bourgon, 2024; Healy, 2022; Suissa, 2024).

Skogøy et al. (2019) et Piché et al. (2023) soulignent également que cette préparation académique, axée sur les dynamiques familiales, distingue les travailleurs sociaux d'autres professionnels de la santé mentale (OTSTCFQ, 2012). Allant dans ce sens, une formation universitaire considérant la santé mentale dans sa globalité apparaît comme un facteur facilitant dans la gestion des complexités liées aux PCF chez les cliniciens (Leenman & Arblaster, 2020).

Il apparaît donc que les orientations théoriques auxquelles sont exposés les travailleurs sociaux, de par les fondements épistémologiques de leur métier, les encouragent à inclure les

proximes dans leurs interventions lorsque cela est approprié, non seulement pour soutenir le parent-usager, mais également pour aborder les dynamiques familiales plus larges. Bergeron-Leclerc et al. (2019) expliquent :

Pour les travailleurs sociaux, la santé mentale n'est pas (ou ne devrait pas être) uniquement une question de psychologie ou de psychiatrie : il s'agit d'un phénomène social, et les solutions qu'ils proposent intègrent toujours cette dimension, d'où la contribution spécifique du travail social dans ce champ. (p.3)

Ainsi, l'engagement des travailleurs sociaux envers l'inclusion des proches, documenté dans notre étude, s'ancrerait dans des fondements professionnels sensibles à l'interrelation entre la santé mentale de l'usager, ses liens familiaux et son rôle parental.

Entre protection du secret professionnel et implication familiale : un équilibre délicat pour les professionnelles

L'émergence de l'obligation au maintien de la confidentialité comme facteur professionnel partagé par les travailleuses sociales et les psychologues évoqué par l'ensemble des participantes invite à une réflexion plus large sur les implications de ce principe pour la mise en œuvre de PCF. En contexte québécois, cette responsabilité trouve notamment racine dans le cadre législatif encadrant la pratique de ces deux professions. Leurs codes de déontologie respectifs exigent le respect de normes entourant la confidentialité et la protection du secret professionnel de l'usager et balisent la communication de renseignements sans son consentement, sauf dans le cadre d'exceptions prévues par la loi, telle qu'une situation comportant un danger grave et imminent pour l'usager ou pour autrui (Code de déontologie des membres de l'OTSTCFQ, art. 40, 2025; Code de déontologie des psychologues, art. 18, 2025). Cette disposition est également prévue par la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou autrui (2025).

Bien que le secret professionnel soit rapporté par nos participantes comme étant une obligation légale, un pilier du cadre d'intervention et un élément essentiel pour bâtir l'alliance thérapeutique avec leurs usagers, nos résultats suggèrent qu'il constitue un frein à la collaboration potentielle avec les proches. Cette tension est mise en évidence dans la littérature internationale, entre autres dans trois revues de portée récente portant sur les enjeux éthiques liés à l'implication familiale dans les soins en santé mentale : Hem et al. (2023), qui synthétisent 12 études qualitatives et quantitatives; Kokorelias et al. (2023), dont la revue inclut 57 publications de méthodologies variées; et Landeweer et al. (2017), qui recensent 33 études qualitatives, quantitatives et mixtes.

Tel qu'évoqué dans nos résultats, les professionnels rapportent la difficulté de déterminer la quantité d'information pouvant être partagée avec des membres de la famille d'usagers et expriment une crainte de déroger de leurs obligations légales ou de compromettre le lien clinique avec ce dernier (Hansson et al., 2022; Hem et al., 2023; Kokorelias et al., 2023; Morin et al., 2023). On y suggère que les lois sur la confidentialité peuvent représenter des obstacles à l'implication des proches lorsqu'un consentement explicite n'est pas obtenu ou que l'usager refuse ces échanges (Kokorelias et al., 2023; Morin et al., 2023), rejoignant les propos de notre participante exprimant avoir les « pieds et les mains liés » en ce sens.

Les éléments liés à la construction et à la préservation du lien de confiance avec l'usager apparaissent également comme étant centraux : la crainte de nuire à l'alliance thérapeutique inciterait les professionnels à adopter une posture prudente, parfois au détriment de la participation des proches, selon Hem et al. (2023). Sur ce point, ces auteurs soulignent que le jugement clinique joue un rôle important dans l'équilibre entre la confidentialité et la collaboration familiale, particulièrement lorsque la relation entre l'usager et son entourage est fragile ou conflictuelle (Hem et al., 2023; Slade et al., 2007).

Par ailleurs, certains auteurs avancent que la confidentialité peut être mobilisée comme un mécanisme de retrait lorsque les professionnels se sentent insuffisamment outillés pour composer avec les tensions ou les attentes des proches ou éprouvent de l'incertitude face à leur rôle dans ce contexte (Landeweer et al., 2017; Hem et al., 2023). Dans ces cas, le principe de confidentialité pourrait opérer comme une forme d'« écran de fumée » (« *smokescreen* ») derrière laquelle les professionnels s'abritent afin d'éviter d'engager une collaboration plus active avec la famille lorsque pertinent (Gray et al., 2008; Hem et al., 2023).

Enfin, les résultats de l'étude qualitative menée auprès de personnes proche aidants et professionnels en santé mentale au Québec par Morin et al. (2023) soutiennent la pertinence de développer des stratégies afin de favoriser un équilibre entre le respect de la confidentialité et l'implication des proches. Parmi les pistes proposées figurent l'intégration des personnes proches aidantes dès l'évaluation initiale, l'utilisation de protocoles clairs encadrant la transmission d'information, ainsi que la formation des intervenants sur la gestion de la confidentialité et la collaboration avec les proches en contexte de santé mentale, des recommandations qui rejoignent également celles formulées par Hansson et al. (2022) en Norvège. En ce sens, ces recommandations pourraient constituer des leviers pertinents pour soutenir l'adoption de PCF chez les travailleurs sociaux et psychologues en SMA au Québec, tout en préservant les fondements déontologiques propres à ces professions.

Résumé synthèse des facteurs professionnels et PCF : Convergences et divergences chez les travailleuses sociales et psychologues en SMA

Finalement, les résultats issus du présent projet dressent un portrait nuancé des pratiques mises en œuvre par les travailleuses sociales et les psychologues auprès de parents-usagers en SMA. Alors que certaines études indiquent que les travailleurs sociaux rapportent généralement davantage de PCF que les psychologues (Grant et al., 2018 ; Maybery et al., 2014 ; Piché et al.,

2023 ; Skogøy et al., 2019 ; Tungpunkom et al., 2017), nos résultats qualitatifs permettent d'approfondir la compréhension de ces dynamiques en mettant en lumière la diversité des pratiques déployées.. En effet, bien que des différences liées aux facteurs professionnels demeurent visibles—les psychologues se centrant principalement sur le traitement individuel et les travailleuses sociales adoptant une perspective plus systémique—plusieurs convergences apparaissent quant à la façon dont ces professionnelles soutiennent les parents-usagers dans leur rôle parental.

Rappelons que les pratiques mises en œuvre par les deux groupes professionnels partagent plusieurs éléments importants. D'abord, elles rapportent intégrer systématiquement la parentalité dans leurs processus évaluatifs respectifs, bien que nos résultats suggèrent également que les travailleuses sociales approfondissent davantage cette sphère que les psychologues. Ensuite, elles rapportent adapter leurs interventions déjà déployées au contexte parental, plutôt que de mettre en place des pratiques spécifiquement étiquetées comme étant centrées sur la famille. Les deux groupes expriment une vigilance importante face aux enjeux de protection de l'enfance, bien que les signalements demeuraient subjectivement rares dans le cadre de leur travail. De plus, elles privilégièrent communément la pratique de référencement pour réorienter et tenter de répondre aux besoins des membres de la famille de leurs usagers, lorsque nécessaire.

Une distinction importante qui émerge dans nos résultats concerne l'ouverture et l'incitation à la collaboration des proches adultes dans le processus thérapeutique—une pratique régulièrement rapportée chez les travailleuses sociales mais rarement rapportée chez les psychologues. Nous supposons que cette différence puisse être ancrée dans les facteurs professionnels spécifiques à chaque groupe, notamment leurs mandats et leurs orientations professionnelles discutés. Ni les travailleuses sociales ni les psychologues ne manifestent une intention d'intervenir directement auprès des enfants d'usagers. Il importe également de rappeler

que les préoccupations liées à la confidentialité, soulevées par l'ensemble des participantes, constituent un facteur transversal qui encadre la manière dont toute forme de collaboration avec les proches peut être envisagée.

Implications cliniques

Le présent projet met en lumière des pistes d'amélioration portant sur les pratiques et facteurs professionnels associés à l'adoption de PCF auprès des parents-usagers en SMA. Ces recommandations ciblent particulièrement les travailleuses sociales et psychologues œuvrant au sein du réseau de la santé et des services sociaux québécois, et visent à soutenir le déploiement de pratiques plus sensibles aux réalités familiales des usagers, tout en respectant les particularités de leurs mandats distincts.

Recommandation 1. Clarifier les mandats et renforcer la collaboration interprofessionnelle pour favoriser les PCF

La clarification des mandats respectifs des psychologues et travailleurs sociaux concernant les PCF constitue notre première recommandation. Cette clarification des rôles que joue chaque professionnel impliqué dans le dossier d'un parent-usager permettrait notamment de favoriser une collaboration interprofessionnelle plus efficace et complète (Bergeron-Leclerc et al., 2019; Rawlinson et al., 2021). Cette recommandation s'aligne avec celle émise par Tchernevski et al. (2017) portant sur l'importance de lignes directrices claires concernant les rôles et tâches centrées sur la famille.

Plus spécifiquement, en fonction des pratiques et fondements professionnels distincts identifiées dans notre étude, nous proposons une délimitation des mandats qui met l'emphase sur les forces complémentaires de chaque profession, tout en ayant comme point commun la mise de l'avant des considérations parentales et familiales. Rappelons notamment que les professionnelles

participantes reconnaissent et valorisent les compétences de l'autre profession, mettant l'emphasis sur l'importance de la complémentarité interprofessionnelle.

1.1. Élargir le mandat en psychologie pour inclure davantage la parentalité

À la lumière de nos résultats, il est suggéré que les psychologues considèrent dans leur évaluation les répercussions des difficultés psychologiques sur la parentalité, en accordant une attention particulière aux manifestations cognitives, affectives et comportementales ayant une incidence sur l'exercice du rôle parental et le bien-être individuel du parent.

Il est également recommandé que l'intégration des considérations parentales soit mise de l'avant dans le processus psychothérapeutique individuel (p.ex. le travail sur les aspects intrapsychiques liés au rôle parental, le développement de la réflexivité parentale et des capacités de mentalisation, la régulation émotionnelle en contexte parental, la réévaluation cognitive entourant la parentalité, etc.), l'éducation psychologique parentale (p.ex. aborder les conséquences potentielles des troubles mentaux sur la parentalité, enseigner des pratiques parentales positives, enseigner des techniques de régulation émotionnelle dans le contexte des interactions avec son enfant; améliorer la compréhension de patrons relationnels transgénérationnels et leur influence sur le style parental actuel, etc.) et le référencement vers des services complémentaires (p.ex. des organismes communautaires à vocation familiale) au besoin.

1.2. Le mandat en travail social comme levier pour soutenir la parentalité dans son contexte

Chez les travailleurs sociaux, à la lumière de nos résultats, il est avancé que ces derniers mettent un accent sur l'évaluation des facteurs environnementaux et sociaux affectant la parentalité, en portant une attention particulière aux dynamiques relationnelles et aux ressources disponibles au sein de la famille, ainsi que sur le renforcement des capacités parentales à travers la mobilisation des soutiens communautaires.

En ce sens, l'emphase pourrait davantage être mise sur la parentalité au sein de l'évaluation du fonctionnement social (p.ex. considérer notamment les dynamiques systémiques qui influencent les capacités parentales), l'éducation psychologique parentale (p.ex. concernant les déterminants sociaux qui influencent la parentalité, les informations sur les droits, responsabilités et cadres légaux entourant la parentalité, etc.), les interventions sociales et l'accompagnement axés sur la parentalité (p.ex. l'organisation d'un système de soutien mobilisable en cas de besoin, l'accompagnement à la navigation dans le système de protection de l'enfance, la facilitation à l'accès à des ressources communautaires à vocation familiale, etc.), la facilitation de rencontres familiales inclusives des proches de l'usager, ainsi que la coordination de référencements pour l'usager et l'ensemble des membres de la famille.

Recommandation 2. Soutenir l'intégration d'interventions axées sur la parentalité

À titre général, les résultats du présent projet mettent en évidence l'absence de référence à des modèles ou formations en lien avec les PCF dans le discours de toutes les participantes, suggérant un besoin de développement des compétences professionnelles dans ce domaine. Une seconde recommandation consiste donc à intégrer des modèles de PCF spécifiquement adaptés aux contextes et enjeux vécus par les professionnels, dont les psychologues et travailleurs sociaux, en SMA. Rappelons que les psychologues particulièrement soulignent leur manque perçu de formation en ce qui a trait aux compétences parentales.

2.1. Intégrer des cadres de pratique transdisciplinaires en SMA

L'intégration de cadres de pratique transdisciplinaires validés, tels que le *Family-focused practice with EASE* (Foster et al., 2019), le programme *Let's Talk about Children* (Allchin & Solantaus, 2022) ou son adaptation, le *ParentingWell Practice Approach* (Nicholson et al., 2022), pourrait offrir des structures concrètes pour guider les professionnels dans l'intégration de

davantage d'interventions explicitement centrées sur la famille. De plus, ces modèles présentent l'avantage d'une flexibilité d'adaptation à différents milieux de pratique et professions.

L'intégration de ces modèles de pratique devrait s'accompagner d'une stratégie de formation continue, mais également de supervision clinique spécialisée, éléments identifiés comme essentiels à l'adoption pérenne de PCF (Lauritzen et al., 2014; Maybery et al., 2016, Tchernevski et al. 2017) et de pratiques professionnelles plus largement (Belleville & Viau-Quesnel, 2014; Vandette et al., 2021). Ces éléments sont également alignés avec les conditions de maintien du droit d'exercice chez les travailleurs sociaux et psychologues au Québec (OTSTCFQ, s.d.-c.; OPQ, s.d.-e).

2.2. Valoriser les modèles d'intervention adaptés au contexte parental chez les psychologues

Nos résultats suggèrent l'importance de valoriser et enrichir les pratiques déjà mises en œuvre par les professionnels qui s'alignent avec les principes des PCF. Chez les psychologues, la valorisation des pratiques existantes pourrait impliquer l'adaptation de leurs cadres d'intervention individuels pour intégrer les considérations parentales plus explicitement.

Cette recommandation rejoint l'importance d'intégrer le rôle parental au sein de traitements psychothérapeutiques, une perspective soutenue dans la littérature (Goodman & Garber, 2017; Hungerford et al., 2017; Cooper et al., 2023; Zalewski et al., 2023). Cependant, nos résultats soulignent également le besoin de modèles d'intervention intégrés et de directives spécifiques ciblant simultanément les besoins du parent et de l'enfant dans ce processus en SMA, une lacune déjà rapportée par Zalewski et al. (2017).

En ce sens, il existe actuellement une diversité d'interventions conçues pour les parents ayant de troubles mentaux, avec ou sans implication directe de l'enfant, comme le documente la revue de la portée d'Overbeek et al. (2023). Ces interventions ciblent principalement trois dimensions qui sont connus pour être affectés chez les parents ayant un trouble mental, soit le

bien-être psychologique du parent, les comportements difficiles de l'enfant, et la qualité de la relation parent-enfant. Parmi les interventions qui visent à améliorer les pratiques parentales et la relation parent-enfant, celles basées sur l'attachement montrent généralement les résultats les plus prometteurs selon les auteurs. On note que les interventions ayant comme objectif uniquement d'atténuer la psychopathologie parentale peuvent ne pas être suffisantes pour améliorer les compétences parentales. Dans ces cas, une formation parentale supplémentaire pourrait être nécessaire.

Recommandation 3. Soutenir plus activement les besoins des jeunes dont un parent a un trouble mental

La troisième et dernière recommandation découlant de nos résultats vise la nécessité de dépasser la conceptualisation actuelle des responsabilités professionnelles envers les enfants, limitée aux enjeux de protection et de signalement au DPJ, pour adopter une approche davantage proactive et préventive à leur égard. Rappelons que ces derniers peuvent se retrouver dans un rôle de proche aidant significatif auprès de leur parent, étant donc à la fois des personnes clé pour le suivi parental, mais également en besoin régulier de soutien personnel (Blake-Holmes, 2020; Dharampal & Ani, 2020; Villatte et al., 2021). Cette recommandation se décline en deux éléments complémentaires, adaptées aux spécificités professionnelles des travailleurs sociaux et psychologues.

3.1.Optimiser l'engagement des proches adultes chez les travailleurs sociaux comme levier vers l'inclusion des jeunes

Chez les travailleuses sociales, rappelons que nos résultats mettent en évidence une tendance à chercher à mobiliser les proches des parents-usagers dans le cadre des suivis. Bien que cette participation ne se concrétiserait que rarement, elle représente une PCF importante qu'il convient de valoriser et de renforcer.

Pour être pleinement mise à profit, cette propension des travailleuses sociales vers l'implication familiale nécessiterait un soutien organisationnel explicite (Tham & Solomon, 2024; Tomaso et al., 2023; Wensing & Grol, 2020). Ceci inclurait notamment la reconnaissance formelle de cette pratique dans la définition des tâches, des initiatives de sensibilisation visant à normaliser la participation familiale aux soins, l'allocation de temps pour les rencontres familiales, et la mise en place de mécanismes facilitant la participation des proches, tel qu'il est déjà le cas dans certains domaines de la santé physique (Goldfarb et al., 2023; Laidsaar-Powell et al., 2018; Woldring et al., 2023). De plus, l'implication familiale nécessiterait de composer avec les préoccupations liées à la confidentialité soulevées dans nos résultats. Il importerait d'intégrer des protocoles en ce qui concerne le partage d'informations avec les proches, rappelant les recommandations émises par Morin et al. (2023) citées plus haut.

Dans le prolongement de ces considérations, l'intégration de protocoles pour l'engagement des enfants au sein de suivis auprès de parents-usagers, selon leur âge, leur situation particulière et la volonté de chacun—en collaboration avec les services jeunesse lorsque pertinent—constituerait une avancée importante. La mise en œuvre de pratiques préventives, dont l'évaluation systématique des besoins informationnels, émotionnels et pratiques de ces enfants pourrait permettre la prévention de difficultés significatives et l'identification de la prise en charge d'un rôle de proche-aidant dans une optique de soutien pour ces derniers (Dharampal & Ani, 2020; Lagdon et al., 2021; Lannes et al., 2021; Piché et al., 2021; Thanhäuser et al., 2017).

3.3. Intégrer des outils éducatifs adaptés pour les jeunes dans les pratiques des deux groupes professionnels

L'intégration d'outils éducatifs destinés aux enfants de parents-usagers est également recommandée chez les deux groupes professionnels. Cette recommandation répond directement à l'absence notable de matériel destiné aux enfants que notre étude a mise en évidence. Elle vient

aussi renforcer les pratiques éducatives et de bibliothérapie déjà rapportées par les psychologues auprès des parents-usagers, tout en représentant une occasion de soutenir davantage les travailleuses sociales, qui ont elles aussi décrit des interventions éducatives parentales et pourraient bénéficier d'outils supplémentaires à cet égard.

Le partage de ces ressources permettrait de mieux répondre aux besoins d'information et de soutien des jeunes dont un parent a un trouble mental (Reedtz et al., 2019; Villatte et al., 2021; Yamamoto & Keogh, 2018), même en l'absence d'intervention directe de la part des professionnels en SMA. Ces ressources scientifiquement validées pourraient par exemple inclure des outils de bibliothérapie pour les enfants d'âge primaire (p.ex. Le Trésor de l'Île Rouge) (Piché et al., 2022; Vetri et al., 2022), des livres ou documents explicatifs sur les troubles mentaux adaptés à l'âge des enfants (p.ex. Anna et la Mer) (Heinisch et al., 2004) ou des guides ou site web pour les proches sur la façon de soutenir le parent tout en préservant leur propre bien-être (p.ex. Quand ton parent a un trouble mental : Guide web pour les jeunes) (LaPProche, 2022; Villatte et al., 2024).

CHAPITRE VI

Forces et limites de l'étude

Limites de l'étude

Tel qu'il est le cas avec tout projet de recherche scientifique, ce projet présente un nombre de limites qui se doivent d'être considérées dans l'interprétation des résultats. D'abord, rappelons qu'il s'inscrit dans un projet interdisciplinaire provincial plus large qui s'intéresse particulièrement à la recherche fondamentale et appliquée à propos des enjeux familiaux associés aux troubles mentaux. Il importe donc de reconnaître la possibilité d'un biais de confirmation provenant de l'équipe de recherche (Larivée et al., 2019), en raison de l'orientation théorique et clinique en faveur des PCF en SMA. Ce biais pourrait s'être manifesté à différentes étapes du projet de recherche, notamment lors du recrutement des participants, où les critères d'inclusion auraient pu favoriser des professionnels déjà sensibilisés aux PCF ou dans la formulation des questions d'entrevue, qui auraient pu être conçues pour susciter des réponses soutenant la pertinence des PCF en SMA.

Une autre limitation à considérer concerne la variation dans la conduite des entrevues au sein de l'équipe de recherche. Celles-ci ont été menés par trois assistantes de recherche différentes, incluant l'auteure du présent projet, augmentant potentiellement le risque d'introduction de biais touchant la cohérence et la fiabilité des données recueillies (Hammarberg et al., 2016), via des variations mineures dans la manière dont les questions ont été posées et approfondies par chaque assistante. En effet, malgré la création et l'utilisation d'un guide de questions d'entrevue standardisé pour l'ensemble des entrevues réalisées dans le cadre de ce projet (**ANNEXE D**), certaines différences subtiles dans le style d'entrevue ou le choix de questions de relance, par exemple, peuvent avoir influencé la nature des données recueillies. Afin de minimiser les effets de ce phénomène, des rencontres d'équipe préalables à la collecte de

données à l'été 2023 ont permis d'établir des lignes directrices communes concernant le style et la nature des questions de relance appropriées. De plus, l'équipe a mis en place un processus d'écoute en continu des entrevues enregistrées réalisées par chaque assistante de recherche, permettant ainsi d'uniformiser les styles d'entretien et d'assurer une plus grande standardisation dans la collecte des données.

Sur un autre point, conformément à la nature du devis qualitatif, nos résultats doivent être interprétés comme une exploration descriptive des pratiques d'un groupe spécifique de professionnelles en SMA. Il cherche ainsi à approfondir la compréhension du phénomène des différences professionnelles des PCF entre les travailleurs sociaux et psychologues, plutôt que de valider des hypothèses de recherche préétablies ou formuler des généralisations statistiques. La validité externe des résultats doit donc être considérée conformément à ces aspects (Maxwell, 2013). L'approche adoptée au sein de notre projet vise principalement l'exploration et la description des différentes PCF mises en œuvre par deux groupes de participantes spécifiques ainsi qu'à mieux comprendre les facteurs professionnels contribuant à ces pratiques à un moment précis dans le temps. Ainsi, vu cette visée, nous estimons que les limites liées à la validité externe demeurent tolérables.

Le processus de l'analyse thématique comporte un nombre de limites. Bien que celui-ci ait été approprié vu les objectifs de ce projet, cette approche implique nécessairement un degré de subjectivité interprétative dans l'identification des codes et la catégorisation des thèmes (Braun & Clarke, 2021; Paillé & Mucchielli, 2021) et ce, malgré la rigueur mise en œuvre au sein de la démarche. Il importe également de considérer l'inhérente simplification de phénomènes complexes—notamment les pratiques et expériences de professionnelles uniques qui travaillent auprès d'une multitude d'usagers ayant des besoins, attentes et difficultés propres—à travers

l'identification de patrons dans les données pouvant potentiellement masquer des variations individuelles intéressantes.

Cela étant dit, plusieurs stratégies ont été mises en place pour atténuer ces limitations potentielles et augmenter la validité interne ou la crédibilité (Patton, 1999; Proulx, 2019) de nos résultats. Rappelons ici que nous avons maintenu une documentation rigoureuse du processus analytique à travers un journal de bord, tel que suggéré par de nombreux auteurs (Braun & Clarke, 2021; McGrath, 2021; Nowell et al., 2017; Paillé & Mucchielli, 2021). Ce journal a notamment servi à conserver les traces du processus de collecte des données et de l'analyse. De plus, nous avons engagé des discussions régulières au sein de l'équipe de recherche et avec la chercheuse principale. Ces échanges visaient à valider l'interprétation des données, ainsi que l'identification, la construction et la nomination des thèmes, qui constituent des composantes importantes du processus d'analyse (Braun & Clarke, 2021; Nowell et al., 2017).

Le phénomène de désirabilité sociale constitue une autre limite potentielle de ce projet, les participantes pouvant avoir adapté leurs réponses en fonction de leurs perceptions des attentes des chercheuses (Denzin et al., 2024; Tanguay, 2023). De plus, le biais du volontariat doit être considéré, les professionnelles ayant accepté de participer à l'étude pouvant présenter un intérêt particulier pour les PCF, ne représentant ainsi pas nécessairement la perspective générale des intervenants en SMA au Québec.

Puis, notre échantillon est composé exclusivement de personnes de genre féminin, ce qui ne reflète pas la distribution démographique actuelle des deux professions au Québec, où les données les plus récentes indiquent que les personnes de genre masculin représentent respectivement 19.9% des psychologues et 13% des travailleurs sociaux (Gouvernement du Québec, 2025; Gouvernement du Canada, 2024). Cependant, bien que non représentative de la répartition démographique exacte des deux professions, celle-ci traduit la tendance générale à

prédominance féminine au sein de ces deux corps professionnels au Québec, maintenant ainsi la validité écologique de ce projet.

Forces de l'étude

Bien qu'un nombre de limites aient été établies, ce projet comporte plusieurs forces importantes. D'abord, tel que nommé ci-haut, il importe de souligner la richesse des résultats obtenus via son devis qualitatif ayant permis une compréhension nuancée et contextuelle des pratiques étudiées (Bradshaw et al., 2017; Denzin et al., 2024; Tanguay, 2023), contribuant d'autant plus à l'avancement des connaissances sur les PCF.

Ce projet pallie également une lacune importante dans la littérature actuelle, en approfondissant la compréhension et la comparaison des PCF parmi les travailleurs sociaux et psychologues au Québec. Bien que des études qualitatives antérieures aient inclus ces professions au sein d'échantillons plus larges, aucune recherche qualitative n'a, à notre connaissance, examiné ces deux groupes de manière distincte ni effectué une analyse comparative à leur égard. Pertinemment, l'approche comparative adoptée constitue en soi une force permettant de mieux comprendre les similitudes et différences dans les pratiques professionnelles entre ces deux groupes, ainsi que des nuances ayant pu être manquées en ayant étudié un seul groupe.

Plus encore, la mise en valeur des voix de professionnelles œuvrant sur le terrain représente une autre force du présent projet. En donnant la parole aux psychologues et travailleuses sociales qui interviennent quotidiennement auprès des parents-usagers, il met en lumière leur expérience ancrée dans la réalité clinique des services en SMA et les enjeux qu'elles perçoivent face à l'adoption de PCF. En ce sens, les résultats révèlent non seulement les pratiques mises en œuvre, mais également les réflexions critiques que ces professionnelles ont face aux enjeux complexes de la parentalité en contexte des services en santé mentale au Québec.

Finalement, l'homogénéité du milieu de pratique constitue un élément de force à considérer, puisque toutes les participantes à notre projet travaillent en milieux cliniques externes (CLSC et/ou Cliniques externes de psychiatrie). En effet, le maintien constant de cet aspect du cadre organisationnel pourrait avoir permis un isolement plus efficace des facteurs spécifiquement liés aux professions, limitant ainsi l'influence de variables contextuelles ayant pu brouiller l'interprétation des similarités et différences observées (p.ex. le travail auprès d'usagers hospitalisés ou dans des programmes de suivi intensif).

Pistes pour la recherche future

Les résultats de ce projet de recherche permettent d'envisager plusieurs avenues potentielles pour la recherche future. En premier lieu, considérant la nature interdisciplinaire du projet provincial dans lequel s'inscrit ce projet, des recherches plus ciblées pourraient explorer en profondeur certains éléments spécifiques à chaque profession, notamment les orientations théoriques (p.ex. cognitive-comportementale, psychodynamique, humaniste-existentielle, écosystémique, socio-constructiviste, structurelle, biologique, intégrative, etc.) ou les années d'expérience des psychologues et travailleurs sociaux et leur influence sur l'adoption des PCF.

En deuxième lieu, la portée de notre projet n'a pas permis d'évaluer l'efficacité ou les répercussions concrètes des PCF mises en œuvre par les professionnelles. Des recherches évaluatives seraient donc pertinentes pour mesurer les résultats des interventions—par exemple le référencement ou l'éducation psychologique parentale offerte par les professionnels—tant pour les parents-usagers que pour leurs familles.

En troisième lieu, rappelons que nos résultats révèlent un probable écart entre l'intérêt exprimé à l'égard des PCF, particulièrement chez les travailleuses sociales concernant l'inclusion de proches au sein de leurs suivis, et leur mise en œuvre effective. Il serait pertinent d'étudier les barrières organisationnelles ainsi que celles liées aux usagers et à leurs familles qui pourraient

expliquer cette disparité. Parallèlement, une meilleure compréhension des barrières spécifiques à l'engagement des enfants des parents-usagers dans les services en SMA constitue une piste de recherche pertinente, étant donné l'absence notable de cette pratique observée chez les deux professions dans nos résultats.

En quatrième lieu, nos résultats indiquent une potentielle relation entre la sévérité des troubles mentaux parentaux et le niveau de vigilance des professionnelles, particulièrement chez les travailleuses sociales qui précisent que la présentation ou la sévérité de la problématique de santé mentale parentale chez leur usager influencerait leur degré de vigilance à l'égard de l'enfant. Cette relation mérite d'être approfondie, particulièrement pour comprendre comment les professionnels évaluent et catégorisent la sévérité des enjeux vécus par leurs usagers dans le contexte de la parentalité, et comment cette évaluation contribue concrètement leurs pratiques.

Finalement, il va sans dire que l'intégration éventuelle et continue des perspectives des parents-usagers et de leurs familles concernant les PCF en SMA complèterait notre compréhension actuelle basée sur la perspective des professionnels de la santé. Ceci permettrait l'identification de besoins non-comblés et l'évaluation des pratiques actuelles selon les attentes des personnes pour qui elles sont ultimement ciblées.

Conclusion

Cet essai doctoral a permis de documenter et comparer les PCF adoptées par les psychologues et les travailleuses sociales œuvrant en SMA auprès de parents-usagers au Québec, ainsi que les facteurs liés à la profession ayant une incidence sur ces pratiques. Les résultats ont révélé à la fois des convergences et des divergences riches permettant de mieux comprendre l'état actuel des interventions offertes par les professionnels au Québec auprès de cette population vulnérable.

Bien que de nombreux programmes d'intervention empiriquement validés s'appuyant sur les principes des PCF existent actuellement au Québec—notamment les programmes *Famille +* (Piché et al., 2019; Piché et al., 2020), *Mon enfant et moi* (Desrosiers & Laporte, 2019; IJUD, 2024) et *Cap sur la Famille* (IUSD, 2023)—l'approche centrée sur la famille ne serait pas systématiquement formalisée comme cadre de pratique intégré au sein des services en SMA à notre connaissance. Si le cadre législatif québécois ne prévoit pas d'obligation formelles pour les professionnels de la santé mentale œuvrant auprès d'adultes de dépister systématiquement les enfants de leurs usagers ni de mettre en œuvre des pratiques préventives à leur égard, l'évolution récente des politiques publiques témoigne néanmoins d'une reconnaissance croissante de l'importance des approches centrées sur la famille. Rappelons notamment que le Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026 (MSSS, 2022b) au Québec reconnaît explicitement la situation particulière des jeunes dont un parent a un trouble mental et jeunes proches-aidants. La Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada préconise l'implication des familles à toutes les étapes du continuum de soins (Commission de la santé mentale du Canada, 2019).

Le présent projet s'inscrit dans ce mouvement en contribuant à la compréhension des PCF mises en œuvre par les psychologues et travailleurs sociaux en SMA, ainsi que des facteurs professionnels qui les sous-tendent. Les résultats de cette étude suggèrent que l'intégration accrue de ces pratiques pourrait reposer sur trois leviers principaux : la clarification des mandats professionnels relatifs aux PCF, l'intégration accrue d'interventions axées sur la parentalité, et le soutien plus proactif des besoins des enfants d'usagers. Ces orientations contribueraient à l'amélioration continue des services de traitement et de prévention destinés aux usagers et à leurs familles touchées par les troubles mentaux parentaux.

Sur le plan théorique, ce projet enrichit la conceptualisation des PCF en mettant en évidence comment les ancrages épistémologiques spécifiques au travail social et à la psychologie

se traduisent par des approches distinctes dans la mise en œuvre de ces pratiques. Cette contribution invite à repenser des éléments du cadre conceptuel des PCF pour mieux intégrer les spécificités professionnelles, suggérant ainsi un modèle qui reconnaît la diversité des voies par lesquelles les PCF peuvent être intégrées dans les pratiques des professionnels en SMA.

RÉFÉRENCES

- Achtergarde, S., Postert, C., Wessing, I., Romer, G., & Müller, J. M. (2015). Parenting and child mental health : Influences of parent personality, child temperament, and their interaction. *The Family Journal*, 23(2), 167179. <https://doi.org/10.1177/1066480714564316>
- Afzelius, M., Östman, M., Råstam, M., & Priebe, G. (2018). Parents in adult psychiatric care and their children : A call for more interagency collaboration with social services and child and adolescent psychiatry. *Nordic Journal of Psychiatry*, 72(1), 31-38. <https://doi.org/10.1080/08039488.2017.1377287>
- 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 in Clinical Neuroscience*, 19(2), 137-147. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2017.19.2/eaktar>
- Ali, L., Ahlström, B. H., Krevers, B., Sjöström, N., & Skärsäter, I. (2013). Support for Young Informal Carers of Persons with Mental Illness : A Mixed-Method Study. *Issues in Mental Health Nursing*, 34(8), 611-618. <https://doi.org/10.3109/01612840.2013.791736>
- Allchin, B., & Solantaus, T. (2022). An Evidence-Based Practice Developed in-situ : Let's Talk About Children and a Consolidation of Its Evidence Base. *Frontiers in Psychiatry*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.824241>
- American Psychiatric Association. (2018). *What is Mental Illness?* Psychiatry Online. <https://www.psychiatry.org:443/patients-families/what-is-mental-illness>
- An, J., Zhu, X., Shi, Z., & An, J. (2024). A serial mediating effect of perceived family support on psychological well-being. *BMC Public Health*, 24(1), 940. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-18476-z>
- Arborescence. (s.d.). *À propos.* Consulté le 20 octobre 2025. <https://www.arborescence.quebec/a-propos>

- Awram, R., Hancock, N., & Honey, A. (2017). Balancing mothering and mental health recovery : The voices of mothers living with mental illness. *Advances in Mental Health*, 15(2), 147-160. <https://doi.org/10.1080/18387357.2016.1255149>
- Bacon, G., Sweeney, A., Batchelor, R., Grant, C., Mantovani, N., Peter, S., Sin, J., & Lever Taylor, B. (2023). At the Edge of Care : A Systematic Review and Thematic Synthesis of Parent and Practitioner Views and Experiences of Support for Parents with Mental Health Needs and Children's Social Service Involvement. *Health & Social Care in the Community*, 2023(1), 6953134. <https://doi.org/10.1155/2023/6953134>
- Bagur, S., Paz-Lourido, B., Mut-Amengual, B., & Verger, S. (2022). Relationship between parental mental health and developmental disorders in early childhood. *Health & Social Care in the Community*, 30(6), e4840-e4849. <https://doi.org/10.1111/hsc.13891>
- Balas, L. L. (2008). *L'approche systémique en santé mentale*. Presses de l'Université de Montréal. <https://doi.org/10.4000/books.pum.9876>
- Bartsch, D. R., Roberts, R. M., Davies, M., & Proeve, M. (2016). Understanding the Experience of Parents with a Diagnosis of Borderline Personality Disorder. *Australian Psychologist*, 51(6), 472-480. <https://doi.org/10.1111/ap.12174>
- Bassani, D. G., Padoin, C. V., Philipp, D., & Veldhuizen, S. (2009). Estimating the number of children exposed to parental psychiatric disorders through a national health survey. *Child & Adolescent Psychiatry & Mental Health*, 3, 1-7. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-3-6>
- Beardslee, W. R., Gladstone, T. R. G., Wright, E. J., & Cooper, A. B. (2003). A Family-Based Approach to the Prevention of Depressive Symptoms in Children at Risk : Evidence of Parental and Child Change. *Pediatrics*, 112(2), e119-e131.
<https://doi.org/10.1542/peds.112.2.e119>

- Beardslee, W. R., Solantaus, T. S., Morgan, B. S., Gladstone, T. R., & Kowalenko, N. M. (2012). Preventive interventions for children of parents with depression : International perspectives. *MJA Open*, 1(Suppl 1), 23-25. <https://doi.org/10.5694/mjao11.11289>
- Beardselee, W. R., Versage, E. M., & Giadstone, T. R. G. (1998). Children of Affectively Ill Parents : A Review of the Past 10 Years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37(11), 11341141. <https://doi.org/10.1097/00004583-199811000-00012>
- Bearsllee, W. R., Wright, E. J., Gladstone, T. R. G., & Forbes, P. (2007). Long-term effects from a randomized trial of two public health preventive interventions for parental depression. *Journal of Family Psychology: JFP: Journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association (Division 43)*, 21(4), 703-713. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.21.4.703>
- Beidel, D. C., & Turner, S. M. (1997). At risk for anxiety : I. Psychopathology in the offspring of anxious parents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36, 918-924. <https://doi.org/10.1097/00004583-199707000-00013>
- Bell, M. F., Bayliss, D. M., Glauert, R., Harrison, A., & Ohan, J. L. (2019). Children of parents who have been hospitalised with psychiatric disorders are at risk of poor school readiness. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 28(5), 508-520. <https://doi.org/10.1017/S2045796018000148>
- Belleville, G., & Viau-Quesnel, C. (2014). La supervision clinique comme catalyseur de l'intégration des données probantes à la pratique de la psychologie : Une revue narrative. *Canadian Psychology / Psychologie canadienne*, 55(3), 216-226. <https://doi.org/10.1037/a0037276>

Benders-Hadi, N., Barber, M., & Alexander, M. (2013). Motherhood in Women with Serious Mental Illness. *Psychiatric Quarterly*, 84(1), 65-72. <https://doi.org/10.1007/s11126-012-9227-1>

Bergeron-Leclerc, C., Milot, É., Museux, A.-C., & Plante, A. (2019). Conjuguer Les Expertises Afin D'optimiser La Collaboration Interprofessionnelle En Santé Mentale. Dans C. Bergeron-Leclerc, M.-H. Morin, B. Dallaire, & C. Cormier (Éds.), *La pratique du travail social en santé mentale* (1^{re} éd., p. 247-270). Presses de l'Université du Québec. <https://doi.org/10.2307/j.ctvjk2vfh.18>

Bergeron-Leclerc, C., Morin, M.-H., Dallaire, B., & Cormier, C. (2019). Introduction : La Complexité, La Diversité Et La Spécificité Du Travail Social Dans Le Champ De La Santé Mentale. Dans C. Bergeron-Leclerc, M.-H. Morin, B. Dallaire, & C. Cormier (Éds.), *La pratique du travail social en santé mentale* (1^{re} éd., pp. 1-8). Presses de l'Université du Québec. <https://doi.org/10.2307/j.ctvjk2vfh.8>

Bernadat, F.-A., & Wendland, J. (2021). Sentiment de compétence parentale. Style d'attachement et caractéristiques sociodémographiques. *La psychiatrie de l'enfant*, 64(2), 59-78. <https://doi.org/10.3917/psye.642.0059>

Bhaskar, R. (2016). *Enlightened Common Sense : The Philosophy of Critical Realism*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315542942>

Bilsborrow, S., Lynsey, non défini, Sue, non défini, Nikki, non défini, Tracey, non-défini, Peter, non défini, & Alan, non défini. (2015). What we want from mental health professionals : "Telling it like it is". Dans A. Reupert, D. Maybery, J. Nicholson, M. V. Seeman, & M. Göpfert (Éds.), *Parental Psychiatric Disorder : Distressed Parents and their Families* (3^e éd., p. 16-19). Cambridge University Press.

<https://doi.org/10.1017/CBO9781107707559.003>

Blake-Holmes, K. (2020). Young adult carers : Making choices and managing relationships with a parent with a mental illness. *Advances in Mental Health*, 18(3), 230-240.

<https://doi.org/10.1080/18387357.2019.1636691>

Blake-Holmes, K., & Cook, L. (2024). Involved but not included : Young carers' experiences of professional support while growing up with a parent with mental ill-health. *Journal of Social Work Practice*, 38(3), 333-348. <https://doi.org/10.1080/02650533.2024.2362624>

Bland, R., Drake, G., & Drayton, J. (2021). Social Work Practice in Mental Health: An Introduction (3rd ed.). Routledge. <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.4324/9781003148913>

Blegen, N. E., Hummelvoll, J. K., & Severinsson, E. (2012). Experiences of motherhood when suffering from mental illness : A hermeneutic study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 21(5), 419-427. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2012.00813.x>

Bosch, A., Riebschleger, J., & van Loon, L. (2017). Dutch youth of parents with a mental illness reflect upon their feelings of guilt and shame. *International Journal of Mental Health Promotion*, 19(3), 159--172. <https://doi.org/10.1080/14623730.2017.1315955>.

Boström, P. K., & Strand, J. (2021). Children and parents with psychosis---Balancing between relational attunement and protection from parental illness. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 34(1), 68-76. <https://doi.org/10.1111/jcap.12302>

Boucher, M.-È., Pugliese, J., Allard-Chapais, C., Lecours, S., Ahoundova, L., Chouinard, R., & Gaham, S. (2017). Parent--child relationship associated with the development of borderline personality disorder : A systematic review. *Personality and Mental Health*, 11(4), 229-255. <https://doi.org/10.1002/pmh.1385>

Boursnell, M. (2011). Parents With Mental Illness : The Cycle of Intergenerational Mental Illness. *Children Australia*, 36(1), 26-35. <https://doi.org/10.1375/jcas.36.1.26>

Boursnell, M. (2014). Assessing the capacity of parents with mental illness : Parents with mental illness and risk. *International Social Work*, 57(2), 92-108.

<https://doi.org/10.1177/0020872812445197>

Boyd, J. E., Otilingam, P. G., & DeForge, B. R. (2014). Brief version of the Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) scale : Psychometric properties and relationship to depression, self esteem, recovery orientation, empowerment, and perceived devaluation and discrimination. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 37, 17-23.

<https://doi.org/10.1037/prj0000035>

Bradshaw, C., Atkinson, S., & Doody, O. (2017). Employing a Qualitative Description Approach in Health Care Research. *Global Qualitative Nursing Research*, 4, 1-1.

<https://doi.org/10.1177/2333393617742282>

Brady, P., Kangas, M., & McGill, K. (2017). « Family Matters » : A Systematic Review of the Evidence For Family Psychoeducation For Major Depressive Disorder. *Journal of Marital & Family Therapy*, 43(2), 245-263. <https://doi.org/10.1111/jmft.12204>

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

Cameron, S. L. A., Tchernegovski, P., & Maybery, D. (2023). Mental health service users' experiences and perspectives of family involvement in their care : A systematic literature review. *Journal of Mental Health (Abingdon, England)*, 32(3), 699-715.

<https://doi.org/10.1080/09638237.2022.2091760>

Campbell, L. E., Hanlon, M.-C., Galletly, C. A., Harvey, C., Stain, H., Cohen, M., van Ravenzwaaij, D., & Brown, S. (2018). Severity of illness and adaptive functioning predict quality of care of children among parents with psychosis : A confirmatory factor analysis.

Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 52(5), 435-445.

<https://doi.org/10.1177/0004867417731526>

Campbell, T. C. H., Reupert, A., Sutton, K., Basu, S., Davidson, G., Middeldorp, C. M., Naughton, M., & Maybery, D. (2021). Prevalence of mental illness among parents of children receiving treatment within child and adolescent mental health services (CAMHS) : A scoping review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 30(7), 9971012.

<https://doi.org/10.1007/s00787-020-01502-x>

Carignan, L. (2017). Principales approches en travail social. Dans D. Turcotte & J.-P. Deslauriers (Éds.), *Méthodologie de l'intervention sociale personnelle* (2^e éd., pp. 173-206). Presses de l'Université Laval.

Caulier, C. (2021). L'enfant Exposé Au Problème De Santé Mentale De Son Parent : La Voix Des Enfants. Dans G. Piché, A. Villatte, & S. Bourque (Éds.), *Trouble mental chez le parent. Enjeux familiaux et implications cliniques* (p. 145-164). Les Presses de l'Université Laval.

<https://doi.org/10.2307/j.ctv1v7zd09.13>

Chandra, P. S., Bhargavaraman, R. P., Raghunandan, V. N. G. P., & Shaligram, D. (2006). Delusions related to infant and their association with mother--infant interactions in postpartum psychotic disorders. *Archives of Women's Mental Health*, 9(5), 285-288.

<https://doi.org/10.1007/s00737-006-0147-7>

Chen, L., Vivekananda, K., Guan, L., & Reupert, A. (2021). Parenting experiences of Chinese mothers living with a mental illness. *BMC Psychiatry*, 21(1).

<https://doi.org/10.1186/s12888-021-03581-9>

Cheung, H. (2024). Navigating Motherhood : Stigma and Mothering Experiences of Single Mothers with Mental Illness in Thailand. Dans H. Cheung (Éd.), *Single Mothers in*

Thailand : Women, Motherhood, and Going it All Alone (p. 107-160). Springer Nature Switzerland. https://doi.org/10.1007/978-3-031-57655-3_5

CISSS des Laurentides. (2024, 2 avril). *Services en santé mentale jeunesse*. Consulté le 8 octobre 2025. <https://www.santelaurentides.gouv.qc.ca/soins-et-services/sante-mentale/services-en-sante-mentale-jeunesse/>

CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal. (2025a, 11 avril). *Services spécifiques en santé mentale adulte (SMA)*. Consulté le 6 octobre 2025.

<https://www.ciussscentreouest.ca/programmes-et-services/sante-mentale-et-dependance/services-en-sante-mentale-et-dependance/services-specifiques-en-sante-mentale-adulte-sma>

CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. (2025, 22 mai). Consulté le 6 octobre 2025. *Offre de service en santé mentale adulte*. <https://ciusss-centresudmtl.gouv.qc.ca/soins-et-services/soutien-psychologique/offre-de-service-en-sante-mentale-adulte>

CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal. (2025a, 7 octobre). *Santé mentale jeunesse*. Consulté le 8 octobre 2025. <https://www.ciussnordmtl.ca/soins-et-services/enfants-adolescents-et-famille/sante-mentale-jeunesse>

CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal. (2025b, 29 septembre). *Santé mentale adulte*. Consulté le 5 octobre 2025. <https://www.ciussnordmtl.ca/soins-et-services/adultes-et-personnes-agees/sante-mentale-adulte>

Clarke, V., & Braun, V. (2017). Thematic analysis. *The Journal of Positive Psychology*, 12(3), 297-298. <https://doi.org/10.1080/17439760.2016.1262613>

Code de déontologie des membres de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec, Recueil des lois et des règlements du Québec

[RLRQ], c. C-26, r. 286. 1 (2025, 5 juin).

<https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/rc/C-26,%20r.%20286.1>

Code de déontologie des psychologues, M c. C-26, r. 212 (2025, 5 juin).

<https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/rc/C-26,%20r.%20212%20/>

Code des professions, RLRQ, c. C-26 (2025, 5 juin).

<https://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/C-26>

Cogan, N., Riddell, S., & Mayes, G. (2005). The understanding and experiences of children affected by parental mental health problems : A qualitative study. *Qualitative Research in Psychology*, 2(1), 47-66. <https://doi.org/10.1191/1478088705qp024oa>

Collins, H., Wittkowski, A., & Gregg, L. (2025). The Parenting Practices of Parents with Psychosis : A Systematic Integrative Review. *Clinical Child and Family Psychology Review*. <https://doi.org/10.1007/s10567-025-00518-6>

Commission de la santé mentale du Canada. (2019). Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada. <https://www.mentalhealthcommission.ca/>

Cooklin, A. (2013). Promoting children's resilience to parental mental illness : Engaging the child's thinking. *Advances in Psychiatric Treatment*, 19(3), 229-240.

<https://doi.org/10.1192/apt.bp.111.009050>

Cooper, C., Tchernevski, P., & Hine, R. (2023). "The validation is not enough" : Australian mothers' views and perceptions of mental health support from psychologists in private practice. *Clinical Psychologist*, 27(3), 392-403.

<https://doi.org/10.1080/13284207.2023.2259053>

Cope, D. G. (2014). Methods and Meanings : Credibility and Trustworthiness of Qualitative Research. *Oncology Nursing Forum*, 41(1), 89-91. <https://doi.org/10.1188/14.ONF.89-91>

- Cudjoe, E., Kwabia, D. D., Chiu, M. Y. L., & Abdullah, A. (2021). "Adding salt to wounds" : Parentification among children living with parents with mental illness during the COVID-19 pandemic and the role of social workers. *Developmental Child Welfare*, 3(1), 58-67.
<https://doi.org/10.1177/2516103221999054>
- Dalton, L. J., de Cassan, S., Ilyas, A., Dunn, A., & Rapa, E. (2024). Adult mental healthcare professionals' experiences of family centred conversations with patients who are parents : A qualitative study. *Frontiers in Psychiatry*, 15.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1463823>
- Dam, K., & Hall, E. O. C. (2016). Navigating in an unpredictable daily life : A metasynthesis on children's experiences living with a parent with severe mental illness. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30(3), 442-457. <https://doi.org/10.1111/scs.12285>
- Davies, B., & Allen, D. (2007). Integrating 'mental illness' and 'motherhood' : The positive use of surveillance by health professionals. A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 44(3), 365-376. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2005.11.033>
- Davies, G., P. Deane, F., Williams, V., & Giles, C. (2022). Barriers, facilitators and interventions to support help-seeking amongst young people living in families impacted by parental mental illness : A systematized review. *Early Intervention in Psychiatry*, 16(5), 469-480.
<https://doi.org/10.1111/eip.13194>
- Dean, K., Green, M. J., Laurens, K. R., Kariuki, M., Tzoumakis, S., Sprague, T., Lenroot, R., & Carr, V. J. (2018). The impact of parental mental illness across the full diagnostic spectrum on externalising and internalising vulnerabilities in young offspring. *Psychological Medicine*, 48(13), 2257-2263. <https://doi.org/10.1017/S0033291717003786>
- Dehbozorgi, R., Fereidooni-Moghadam, M., Shahriari, M., & Moghimi-Sarani, E. (2023). How can healthcare providers involve with families in the care of patients with chronic mental

illness? A mixed methods protocol study to adapt the clinical practice guideline. *Journal of Education and Health Promotion*, 12(1), 424.

https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_1292_22

Dehbozorgi, R., Shahriari, M., Fereidooni-Moghadam, M., & Moghimi-Sarani, E. (2023).

Family-centered collaborative care for patients with chronic mental illness : A systematic review. *Journal of Research in Medical Sciences : The Official Journal of Isfahan University of Medical Sciences*, 28, 6. https://doi.org/10.4103/jrms.jrms_410_22

Denzin, N. K., Lincoln, Y. S., Giardina, M. D., & Cannella, G. S. (2024). *The SAGE handbook of qualitative research* (Sixth Edition). SAGE.

Deslauriers, J.-P., & Turcotte, D. (2024). *Introduction au travail social 4e édition*. Presses de l'Université Laval. <https://www.pulaval.com/livres/introduction-au-travail-social-4e-edition>

Desrosiers, Lyne & Laporte, Lise. (2019). Mon enfant et moi : Un programme pour parents présentant un trouble de personnalité limite et leurs intervenants. *Quintessence*, 10(12), 2 pages. <https://qualaxia.org/wp-content/uploads/quintessence-vol10-no12-fr.pdf>

Dharampal, R., & Ani, C. (2020). The emotional and mental health needs of young carers : What psychiatry can do. *BJPsych Bulletin*, 44(3), 112-120. <https://doi.org/10.1192/bjb.2019.78>

Diaz-Caneja, A., & Johnson, S. (2004). The views and experiences of severely mentally ill mothers : A qualitative study. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 39(6), 472-482. <https://doi.org/10.1007/s00127-004-0772-2>

Dobener, L.-M., Fahrer, J., Purtscheller, D., Bauer, A., Paul, J. L., & Christiansen, H. (2022). How Do Children of Parents With Mental Illness Experience Stigma? A Systematic Mixed Studies Review. *Frontiers in Psychiatry*, 13.

<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2022.813519>

- Dunn, A., Christiansen, H., Elsby-Pearson, C., Kramer, J., Swinburn, E., Platt, B., & Cartwright-Hatton, S. (2023). Psychiatric in-patients who are parents : What interventions are tailored to their needs and how do they experience care? A systematic review and data synthesis. *BJPsych Open*, 9(4), e111. <https://doi.org/10.1192/bjo.2023.67>
- Eley, T. C., McAdams, T. A., Rijsdijk, F. V., Lichtenstein, P., Narusyte, J., Reiss, D., Spotts, E. L., Ganiban, J. M., & Neiderhiser, J. M. (2015). The Intergenerational Transmission of Anxiety : A Children-of-Twins Study. *American Journal of Psychiatry*, 172(7), 630-637. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.14070818>
- Everts, S., van Amelsvoort, T., & Leijdesdorff, S. (2022). Mandatory Check for COPMI in Adult Mental Healthcare Services in the Netherlands---A Quantitative and Qualitative Evaluation. *Frontiers in Psychiatry*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.807251>
- Eyden, J., Winsper, C., Wolke, D., Broome, M. R., & MacCallum, F. (2016). A systematic review of the parenting and outcomes experienced by offspring of mothers with borderline personality pathology : Potential mechanisms and clinical implications. *Clinical psychology review*, 47, 85-105. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.04.002>
- Falkov, A., Goodyear, M., Hosman, C. M. H., Biebel, K., Skogøy, B. E., Kowalenko, N., Wolf, T., & 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.2016.1104104>
- Fatimah, H., Wiernik, B. M., Gorey, C., McGue, M., Iacono, W. G., & Bornovalova, M. A. (2020). Familial factors and the risk of borderline personality pathology : Genetic and environmental transmission. *Psychological Medicine*, 50(8), 1327-1337. <https://doi.org/10.1017/S0033291719001260>

Fleming, C., Byrne, J., Healy, K., & Le Brocq, R. (2022). Working with families of adults affected by eating disorders : Uptake, key themes, and participant experiences of family involvement in outpatient treatment-as-usual. *Journal of Eating Disorders*, 10(1), 88.

<https://doi.org/10.1186/s40337-022-00611-z>

Foster, K., Hills, D., & Foster, K. (2018). Addressing the support needs of families during the acute hospitalization of a parent with mental illness : A narrative literature review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(2), 470-482.

<https://doi.org/10.1111/inm.12385>

Foster, K., & Isobel, S. (2018). Towards relational recovery : Nurses' practices with consumers and families with dependent children in mental health inpatient units. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(2), 727-736. <https://doi.org/10.1111/inm.12359>

Foster, K., Goodyear, M., Grant, A., Weimand, B., & 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(1), 351-360. <https://doi.org/10.1111/inm.12535>

Foster, K., Maybery, D., Reupert, A., Gladstone, B., Grant, A., Ruud, T., Falkov, A., & Kowalenko, N. (2016). Family-focused practice in mental health care : An integrative review. *Child & Youth Services*, 37(2), 129-155.

<https://doi.org/10.1080/0145935X.2016.1104048>

Foster, K., O'Brien, L., & Korhonen, T. (2012). Developing resilient children and families when parents have mental illness : A family-focused approach. *International Journal of Mental Health Nursing*, 21(1), 3-11. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2011.00754.x>

Fudge, E., Falkov, A., Kowalenko, N., & Robinson, P. (2004). Parenting is a Mental Health Issue. *Australasian Psychiatry*, 12(2), 166-171. <https://doi.org/10.1080/j.1039-8562.2004.02091.x>

Gaudiano, B. A. (2008). Cognitive-Behavioral Therapies : Achievements and Challenges. *Evidence-based mental health*, 11(1), 5-7. <https://doi.org/10.1136/ebmh.11.1.5>

Goldfarb, M., Alviar, C., Berg, D., Katz, J., Lee, R., Liu, S., Maitz, T., Padkins, M., Prasad, R., Roswell, R., Shah, K., Thompson, A., van Diepen, S., Zakaria, S., & Morrow, D. (2023). Family Engagement in the Adult Cardiac Intensive Care Unit : A Survey of Family Engagement Practices in the Cardiac Critical Care Trials Network. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*, 16(9), e010084.

<https://doi.org/10.1161/CIRCOUTCOMES.123.010084>

Goodman, S. H., Rouse, M. H., Connell, A. M., Broth, M. R., Hall, C. M., & Heyward, D. (2011). Maternal Depression and Child Psychopathology : A Meta-Analytic Review. *Clinical Child & Family Psychology Review*, 14(1), 1-27. <https://doi.org/10.1007/s10567-010-0080-1>

Goodyear, M., Hill, T.-L., Allchin, B., McCormick, F., Hine, R., Cuff, R., & 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(2), 169-180. <https://doi.org/10.1111/inm.12120>

Goodyear, M., Maybery, D., Reupert, A., Allchin, R., Fraser, C., Fernbacher, S., & Cuff, R. (2017). Thinking families : A study of the characteristics of the workforce that delivers family-focussed practice. *International Journal of Mental Health Nursing*, 26(3), 238-248. <https://doi.org/10.1111/inm.12293>

Goodyear, M., McDonald, M., Doussa, H. von, Cuff, R., & Dunlop, B. (2018). Meeting the Intergenerational Needs of Families Where a Parent Has a Mental Illness. *Journal of Parent and Family Mental Health*, 3(2), Art. 2.

<https://doi.org/10.7191/parentandfamily.1011>

Gotlib, I. H., Joormann, J., & Foland-Ross, L. C. (2014). Understanding Familial Risk for Depression : A 25-Year Perspective. *Perspectives on Psychological Science*, 9(1), 94-108.

<https://doi.org/10.1177/1745691613513469>

Gouvernement du Canada. (2024, 11 décembre). Perspectives d'emploi Travailleur social/travailleuse sociale au Québec. Guichet-Emplois. Consulté le 17 février 2025.

<https://www.guichetemplois.gc.ca/rapportmarche/perspectives-profession/23025/QC>

Gouvernement du Québec. (2018, 18 avril). *Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS)*. Consulté le 8 octobre 2025. <https://www.quebec.ca/sante/systeme-et-services-de-sante/organisation-des-services/cisss-et-ciuss>

Gouvernement du Québec. (2025, 5 février). Psychologues. Dans *Explorer des métiers et des professions*. Consulté le 17 février 2025. <https://www.quebec.ca/emploi/informer-metierprofession/explorer-metiers-professions/31200-psychologues>

Grant, A., Lagdon, S., Devaney, J., Davidson, G., Duffy, J., Perra, O., Galway, K., Leavey, G., & Monds-Watson, A. (2018). A Study of Health and Social Care Professionals' Family Focused Practice with Parents who have Mental Illness, their Children and Families in Northern Ireland. Final Report. Belfast, Northern Ireland: Queen's University Belfast.

Grant, A., & 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.org/10.1177/1074840716643770>

Grant, A., Reupert, A., Maybery, D., & Goodyear, M. (2019). Predictors and enablers of mental health nurses' family-focused practice. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(1), 140-151. <https://doi.org/10.1111/inm.12503>

Gray, B., Robinson, C., Seddon, D., & Roberts, A. (2008). « Confidentiality smokescreens » and carers for people with mental health problems : The perspectives of professionals. *Health & social care in the community*, 16(4), 378-387. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2007.00748.x>

Gregg, L., Adderley, H., Calam, R., & 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.org/10.1111/inm.12837>

Grob, R., Schlesinger, M., Wise, M., & Pandhi, N. (2020). Stumbling Into Adulthood : Learning From Depression While Growing Up. *Qualitative Health Research*, 30(9), 1392-1408. <https://doi.org/10.1177/1049732320914579>

Groupe de travail développement clinique PQPTM du CIUSSS de la Capitale-Nationale. (2023). *Éducation psychologique pour les troubles mentaux fréquents : Guide repère d'intervention en éducation psychologique pour l'intervenant*. Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale.

Grové, C., Melrose, H., Reupert, A., Maybery, D., & Morgan, B. (2015). When your parent has a mental illness : Children's experiences of a psycho-educational intervention. *Advances in Mental Health*, 13(2), 127-138. <https://doi.org/10.1080/18387357.2015.1063637>

Gusew, A., & Bourgon, M. (2024). CHAPITRE 4 L'INTERVENTION INDIVIDUELLE EN TRAVAIL SOCIAL. Dans D. Turcotte, J.-M. Deslauriers, & J.-P. Deslauriers (Éds.),

Introduction au travail social (p. 81-112). Presses de l'Université Laval.

<https://doi.org/10.1515/9782766304042-007>

Hamad, A. F., Monchka, B. A., Bolton, J. M., Plana-Ripoll, O., Roos, L. L., Elgendi, M., & Lix, L. M. (2024). The Intergenerational Transfer of Mental Disorders: A Population-Based Multigenerational Linkage Study: Le transfert intergénérationnel des troubles mentaux : une étude sur les liens multigénérationnels basée sur la population. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 69(8), 618--629.

<https://doi.org/10.1177/07067437241255096>

Hameed, M. A., & Lewis, A. J. (2016). Offspring of Parents with Schizophrenia : A Systematic Review of Developmental Features Across Childhood. *Harvard Review of Psychiatry*, 24(2), 104-117. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000076>

Hammarberg, K., Kirkman, M., & de Lacey, S. (2016). Qualitative research methods : When to use them and how to judge them. *Human Reproduction*, 31(3), 498-501.

<https://doi.org/10.1093/humrep/dev334>

Hansson, K. M., Romøren, M., Weimand, B., Heiervang, K. S., Hestmark, L., Landeweerd, E. G. M., & Pedersen, R. (2022). The duty of confidentiality during family involvement : Ethical challenges and possible solutions in the treatment of persons with psychotic disorders. *BMC Psychiatry*, 22, 812. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04461-6>

Havighurst, S., & Kehoe, C. (2023). Enhancing Parental Emotion Regulation Skills. Dans I. Roskam, J. J. Gross, & M. Mikolajczak (Éds.), *Emotion Regulation and Parenting* (p. 264-286). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781009304368.019>

Healy, K. (2022). *Social Work Theories in Context : Creating Frameworks for Practice* (3^e éd.). Bloomsbury Academic.

Hem, M. H., Molewijk, B., Weimand, B., & Pedersen, R. (2023). Patients with severe mental illness and the ethical challenges related to confidentiality during family involvement : A scoping review. *Frontiers in Public Health*, 10.

<https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.960815>

Heinisch, R., Bellerive, C., & Fédération des familles et amis de la personne atteinte de maladie mentale. (2004). *Anna et la mer*. FFAPAMM.

Heradstveit, O., Haugland, B. S. M., Nilsen, S. A., Bøe, T., Sivertsen, B., & Hysing, M. (2021). Parental Mental Illness as a Risk Factor for Adolescent Psychiatric Disorders : A Registry-Based Study of Specialized Child and Adolescent Health Services. *Child & Youth Services*, 0(0), 1-24. <https://doi.org/10.1080/0145935X.2021.1997584>

Hine, R. H., Maybery, D. J., & Goodyear, M. J. (2019). Identity in Personal Recovery for Mothers With a Mental Illness. *Frontiers in Psychiatry*, 10.

<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2019.00089>

Hinshaw, S. P. (2005). The stigmatization of mental illness in children and parents : Developmental issues, family concerns, and research needs. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 46(7), 714-734. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2005.01456.x>

Hocking, B. (2013). *A life without stigma* (Australia) [Report]. SANE Australia.

<https://apo.org.au/node/35050>

Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy : A Review of Meta-analyses. *Cognitive therapy and research*, 36(5), 427-440. <https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1>

- Houlihan, D., Sharek, D., & Higgins, A. (2013). Supporting children whose parent has a mental health problem : An assessment of the education, knowledge, confidence and practices of registered psychiatric nurses in Ireland. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20(4), 287-295. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2012.01923.x>
- Hungerford, G. M., Schleider, J. L., Wei, M. A., & Weisz, J. R. (2017). Patienthood meets parenthood : Widening the lens of adult psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 24(4), 392-395. <https://doi.org/10.1037/h0101746>
- Hunsley, J., & Mash, E. J. (Éds.). (2018). *A Guide to Assessments That Work*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med-psych/9780190492243.001.0001>
- Institut universitaire Jeunes en difficulté (IUJD). (2024, 2 avril). *Mon enfant et moi : programme pour les parents ayant un trouble de personnalité limite et les intervenants qui les accompagnent*. Consulté le 31 mars 2025. <https://iujd.ca/fr/mon-enfant-et-moi>
- Institut universitaire sur les dépendances (IUSD). (2023, 21 septembre). *Cap sur la famille*. Consulté le 31 mars 2025. <https://iud.quebec/fr/amelioration-des-pratiques/outils-et-guides/cap-sur-la-famille>
- Isobel, S., Meehan, F., & Pretty, D. (2016). An Emotional Awareness Based Parenting Group for Parents with Mental Illness : A Mixed Methods Feasibility Study of Community Mental Health Nurse Facilitation. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(1), 35-40. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.10.007>
- Jacobs, R., Talati, A., Wickramaratne, P., & Warner, V. (2015). The Influence of Paternal and Maternal Major Depressive Disorder on Offspring Psychiatric Disorders. *Journal of Child & Family Studies*, 24(8), 2345-2351. <https://doi.org/10.1007/s10826-014-0037-y>

Jaimes, A., Larose-Hébert, K., & Moreau, N. (2015). Current Trends in Theoretical Orientation of Psychologists : The Case of Quebec Clinicians. *Journal of Clinical Psychology*, 71(10), 1042-1048. <https://doi.org/10.1002/jclp.22208>

Jones, M., Pietilä, I., Joronen, K., Simpson, W., Gray, S., & Kaunonen, M. (2016). Parents with mental illness---A qualitative study of identities and experiences with support services. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 23(8), 471-478.

<https://doi.org/10.1111/jpm.12321>

Joseph, B., Dickenson, S., McCall, A., & Roga, E. (2023). Exploring the Therapeutic Effectiveness of Genograms in Family Therapy : A Literature Review. *The Family Journal*, 31(1), 21-30. <https://doi.org/10.1177/10664807221104133>

Jupp, V. (Ed.). (2006). *Purposive sampling*. In *The SAGE Dictionary of Social Research Methods* (pp. 244–245). Sage Publications.

Källquist, A., & Salzmann-Erikson, M. (2019). Experiences of Having a Parent with Serious Mental Illness : An Interpretive Meta-Synthesis of Qualitative Literature. *Journal of Child and Family Studies*, 28(8), 2056-2068. <https://doi.org/10.1007/s10826-019-01438-0>

Kluczniok, D., Boedeker, K., Hindi Attar, C., Jaite, C., Bierbaum, A.-L., Fuehrer, D., Paetz, L., Dittrich, K., Herpertz, S. C., Brunner, R., Winter, S., Heinz, A., Roepke, S., Heim, C., & Bermpohl, F. (2018). Emotional availability in mothers with borderline personality disorder and mothers with remitted major depression is differently associated with psychopathology among school-aged children. *Journal of Affective Disorders*, 231, 63-73. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.02.001>

Kokorelias, K. M., Gignac, M. A. M., Naglie, G., & Cameron, J. I. (2019). Towards a universal model of family centered care : A scoping review. *BMC Health Services Research*, 19(1), 564. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4394-5>

Kokorelias, K. M., Shiers-Hanley, J. E., Mariadasa, M., Nkrumah, A., Daid, G., & Cameron, J. I. (2023). Ethical Issues Associated with Family Involvement in Patient Care : A Scoping Review. *International Journal of Caring Sciences*, 16(2), 1009-1025.

Korhonen T, Pietilä A, & Vehviläinen-Julkunen K. (2010a). Are the children of the clients' visible or invisible for nurses in adult psychiatry? -- A questionnaire survey. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(1), 65-74. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2009.00686.x>

Korhonen, T., Vehviläinen-Julkunen, K., & Pietilä, A. (2008). Do nurses working in adult psychiatry take into consideration the support network of families affected by parental mental disorder? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15(9), 767-776. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2008.01309.x>

Korhonen, T., Vehviläinen-Julkunen, K., & Pietilä, A.-M. (2010b). Do Nurses Support the Patient in His or Her Role as A Parent in Adult Psychiatry? : A Survey of Mental Health Nurses in Finland. *Archives of Psychiatric Nursing*, 24(3), 155-167. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2008.12.002>

Krumm, S., Checchia, C., Kilian, R., & Becker, T. (2019). Mental health nurses' and psychiatrists' views on addressing parenthood issues among service users. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(2), 425-435. <https://doi.org/10.1111/inm.12525>

Küçük, L., Bilgin, H., Çömez Ikican, T., Kaçar, S., Kadak, M. T., Demirel, Ö. F., Çoban, V., Kutlu, F. Y., Aksoy Poyraz, C., Buzlu, S., & Duran, A. (2020). Evaluation of the Effectiveness of Psychoeducation Given to Children with Parental Psychiatric Disorders. *Issues in Mental Health Nursing*, 41(11), 985-994. <https://doi.org/10.1080/01612840.2020.1756010>

- Lagdon, S., Grant, A., Davidson, G., Devaney, J., Donaghy, M., Duffy, J., Galway, K., & McCartan, C. (2021). Families with Parental Mental Health Problems : A Systematic Narrative Review of Family-Focused Practice. *Child Abuse Review*, 30(5), 400-421.
<https://doi.org/10.1002/car.2706>
- Laidsaar-Powell, R., Butow, P., Boyle, F., & Juraskova, I. (2018). Facilitating collaborative and effective family involvement in the cancer setting : Guidelines for clinicians (TRIO Guidelines-1). *Patient Education and Counseling*, 101(6), 970-982.
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.01.019>
- Landeweer, E., Molewijk, B., Hem, M. H., & Pedersen, R. (2017). Worlds apart? A scoping review addressing different stakeholder perspectives on barriers to family involvement in the care for persons with severe mental illness. *BMC Health Services Research*, 17(1), 349. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2213-4>
- Lannes, A., Bui, E., Arnaud, C., Raynaud, J.-P., & 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/S0033291721003366>
- Laboratoire de recherche et d'actions pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale et leurs proches (LaPProche). (2022). Quand ton parent a un trouble mental : Guide web pour les jeunes. Université du Québec en Outaouais. <https://lapproche.uqo.ca/guide-jeunes/>
- Larivée, S., Sénéchal, C., St-Onge, Z., & Sauvé, M.-R. (2019). Le biais de confirmation en recherche. *Revue de psychoéducation*, 48(1), 245-263. <https://doi.org/10.7202/1060013ar>
- Lau, P., Hawes, D. J., Hunt, C., Frankland, A., Roberts, G., Wright, A., Costa, D. S. J., & Mitchell, P. B. (2018). Family environment and psychopathology in offspring of parents

with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 226, 12-20.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.09.010>

Lauritzen, C. (2014). The importance of intervening in adult mental health services when patients are parents. *Journal of Hospital Administration*, 3,56--65.

Lauritzen, C., & Reedtz, C. (2013). Support for children of service users in Norway. *Mental Health Practice*, 16(10), 12--18. <https://doi.org/10.7748/mhp2013.07.16.10.12.e875>

Lauritzen, C., Reedtz, C., Van Doesum, K. T., & 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), 58. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-58>

Lawani, A. (2020). Critical realism : What you should know and how to apply it. *Qualitative Research Journal*, 21(3), 320-333. <https://doi.org/10.1108/QRJ-08-2020-0101>

Leenman, G., & Arblaster, K. (2020). Navigating rocky terrain : A thematic analysis of mental health clinician experiences of family-focused practice. *The Journal of Mental Health Training, Education and Practice*, 15(2), 71-83. <https://doi.org/10.1108/JMHTEP-04-2019-0022>

Leijdesdorff, S., van Doesum, K., Popma, A., Klaassen, R., & van Amelsvoort, T. (2017). Prevalence of psychopathology in children of parents with mental illness and/or addiction : An up to date narrative review. *Current Opinion in Psychiatry*, 30(4), 312-317. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000341>

Liangas, G., & Falkov, A. (2014). Use of Structured Clinical Documentation to Identify Patients' Parental Concerns and Their Childrens' Wellbeing. *Community Mental Health Journal*, 50(6), 646-655. <https://doi.org/10.1007/s10597-013-9684-5>

Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Sage.

Lindsay, S. (2019). Five Approaches to Qualitative Comparison Groups in Health Research : A Scoping Review. *Qualitative Health Research*, 29(3), 455-468.

<https://doi.org/10.1177/1049732318807208>

Livingston, J. D., & Boyd, J. E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness : A systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine*, 71(12), 2150-2161. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.09.030>

Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales, RLRQ, c. O-7.2 (2024, 1^{er} décembre).

<https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/o-7.2>

Loi sur la protection de la jeunesse, RLRQ, c. P-34.1 (2025, 5 juin).

<https://legisquebec.gouv.qc.ca/fr>ShowDoc/cs/P-34.1>

Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou autrui, RLRQ, c. P-38.001 (2025, 5 juin).

Loi sur les services de santé et les services sociaux, RLRQ, c. S-4.2 (2022, 2 juin).

<https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/s-4.2>

Luciano, A., Nicholson, J., & Meara, E. (2014). The economic status of parents with serious mental illness in the United States. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 37(3), 242-250.

<https://doi.org/10.1037/prj0000087>

MacFarlane, M. M. (2011). Family Centered Care in Adult Mental Health : Developing a Collaborative Interagency Practice. *Journal of Family Psychotherapy*, 22(1), 56-73.

<https://doi.org/10.1080/08975353.2011.551100>

Maddock, S., Johnson, S., Wright, N., & Stickley, T. (2010). A phenomenological exploration of the lived experience of mental health nurses who care for clients with enduring mental

health problems who are parents. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17(8), 674-682. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2010.01582.x>

Malberg, N. T., Jurist, E. L., Bate, J., Dangerfield, M. (2023). Working with Parents in Therapy: A Mentalization-based Approach. United States: American Psychological Association.

Marth, S., Cook, N., Bain, P., & Lindert, J. (2022). Family factors contribute to mental health conditions -- a systematic review. *European Journal of Public Health*, 32(Supplement_3), ckac129.454. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckac129.454>

Maxwell, J. A. (2013). *Qualitative Research Design : An Interactive Approach: An Interactive Approach*. SAGE.

Maybery, D., Goodyear, M., & Reupert, A. (2012). The family-focused mental health practice questionnaire. *Archives of Psychiatric Nursing*, 26(2), 135-144.
<https://doi.org/10.1016/j.apnu.2011.09.001>

Maybery, D., Goodyear, M., O'Hanlon, B., Cuff, R., & 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., Reupert, A. E., & Grant, A. (2016). Worker, workplace or families : What influences family focused practices in adult mental health? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 23(3-4), 163-171. <https://doi.org/10.1111/jpm.12294>

Maybery, D., & 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., & Reupert, A. E. (2018a). 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>

Maybery, D., & Reupert, A. (2018b). A family-focused, recovery approach when working with families when a parent has a history of mental health problems : From theory to practice. *European Psychiatric/Mental Health Nursing in the 21st Century*, 283-291.

https://doi.org/10.1007/978-3-319-31772-4_22

Maybery, D., Reupert, A., Patrick, K., Goodyear, M., & Crase, L. (2005). VicHealth research report on children at risk in families affected by parental mental illness. *Melbourne: Victorian Health Promotion Foundation, Melbourne*.

McGoldrick, M., Gerson, R., & Petry, S. (2020). Genograms: Assessment and intervention (4th ed.). W.W. Norton & Company.

McMakin, D. L., Siegle, G. J., & Shirk, S. R. (2011). Positive Affect Stimulation and Sustainment (PASS) Module for Depressed Mood : A preliminary investigation of treatment-related effects. *Cognitive Therapy and Research*, 35(3), 217-226.

<https://doi.org/10.1007/s10608-010-9311-5>

Microsoft. (2023a) Microsoft Teams. <https://www.microsoft.com/en-ca/microsoft-teams/group-chat-software>

Microsoft. (2023b) Microsoft Word. <https://www.microsoft.com/en-us/microsoft-365/word?activetab=tabs%3afaqheaderregion3>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2018, 3 août). Principaux rôles et responsabilités. Système de santé et de services sociaux en bref. Consulté le 5 octobre 2025.

<https://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/systeme-de-sante-et-de-services-sociaux-en-bref/principaux-roles-et-responsabilites/>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2020, 22 décembre). *Programme québécois pour les troubles mentaux : des autosoins à la psychothérapie (PQPTM)*. Professionnels de la

santé. Consulté le 5 octobre 2025. <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/sante-mentale/programme-quebecois-pour-les-troubles-mentaux/>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2022a). *Cadre de référence sur le mécanisme d'accès en santé mentale* (Publication n° 22-914-27W).

<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003525/>

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2022b). Le Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026 : S'unir pour un mieux-être collectif (Publication no : 21-914-14W). Gouvernement du Québec.

<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-914-14W.pdf>

Mitchell, J. M., & Abraham, K. M. (2018). Parental Mental Illness and the Transition to College : Coping, Psychological Adjustment, and Parent-Child Relationships. *Journal of Child & Family Studies*, 27(9), 2966-2977. <https://doi.org/10.1007/s10826-018-1133-1>

Morgan, A. J., Reavley, N. J., Ross, A., Too, L. S., & Jorm, A. F. (2018). Interventions to reduce stigma towards people with severe mental illness : Systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 103, 120-133.

<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.05.017>

Morin, M.-H., Moreau, A., Proulx, M., Levasseur, M. A., Vigneault, L., Gilbert, M., & Roy, M.-A. (2023). Partage d'informations et respect de la confidentialité : Repères pour améliorer la qualité des services en santé mentale. *Santé mentale au Québec*, 48(2), 151-177.

Morse, J. M., & Coulehan, J. (2015). Maintaining Confidentiality in Qualitative Publications. *Qualitative Health Research*, 25(2), 151-152. <https://doi.org/10.1177/1049732314563489>

Mulligan, C., Furlong, M., & McGilloway, S. (2020). Promoting and implementing family-focused interventions for families with parental mental illness : Scoping and installation.

Advances in Mental Health, 18(3), 202-216.

<https://doi.org/10.1080/18387357.2019.1614466>

Murphy, G., Peters, K., Wilkes, L., & Jackson, D. (2015). Adult children of parents with mental illness : Navigating stigma. *Child & Family Social Work*, 22(1), 330-338.

<https://doi.org/10.1111/cfs.12246>

Newman, L., & Stevenson, C. (2005). Parenting and Borderline Personality Disorder : Ghosts in the Nursery. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 10(3), 385-394.

<https://doi.org/10.1177/1359104505053756>

Ng-Knight, T., Shelton, K. H., Frederickson, N., McManus, I. c., & Rice, F. (2018). Maternal depressive symptoms and adolescent academic attainment : Testing pathways via parenting and self-control. *Journal of Adolescence*, 62(1), 61-69.

<https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2017.11.003>

Nicholson, J., Heyman, M., English, K., & Biebel, K. (2022). The ParentingWell Practice Approach : Adaptation of Let's Talk About Children for Parents With Mental Illness in Adult Mental Health Services in the United States. *Frontiers in Psychiatry*, 13.

<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.801065>

Nieto-Rucian, V., & Furness, P. J. (2019). The experience of growing up with a parent with schizophrenia---A qualitative study. *Qualitative Psychology*, 6, 254-267.

<https://doi.org/10.1037/qup0000112>

Norcross, J. C., Karpak, C. P., & Santoro, S. O. (2005). Clinical psychologists across the years : The division of clinical psychology from 1960 to 2003. *Journal of Clinical Psychology*, 61(12), 1467-1483. <https://doi.org/10.1002/jclp.20135>

Nowell, L. S., Norris, J. M., White, D. E., & Moules, N. J. (2017). Thematic Analysis : Striving to Meet the Trustworthiness Criteria. *International Journal of Qualitative Methods*, 16(1), 1-1. <https://doi.org/10.1177/1609406917733847>

O'Brien, L., Brady, P., Anand, M., & Gillies, D. (2011). Children of parents with a mental illness visiting psychiatric facilities : Perceptions of staff. *International Journal of Mental Health Nursing*, 20(5), 358-363. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2011.00740.x>

Office des professions du Québec. (2021, avril). Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines : Guide explicatif. <https://www.opq.gouv.qc.ca/santementalerelationshumaines/domaine-de-la-sante-mentale-et-des-relations-humaines-projet-de-loi-21/guide-explicatif>

Office of the Surgeon General. (2024). The Relationship Between Parental Stress & Mental Health. Dans *Parents Under Pressure : The U.S. Surgeon General's Advisory on the Mental Health & Well-Being of Parents*. US Department of Health and Human Services (US). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK606665/>

Olfson, M., Marcus, S. C., Druss, B., Alan Pincus, H., & Weissman, M. M. (2003). Parental depression, child mental health problems, and health care utilization. *Medical Care*, 41(6), 716-721. <https://doi.org/10.1097/01.MLR.0000064642.41278.48>

Oquendo, M. A., Ellis, S. P., Chesin, M. S., Birmaher, B., Zelazny, J., Tin, A., Melhem, N., Burke, A. K., Kolko, D., Greenhill, L., Stanley, B., Brodsky, B. S., Mann, J. J., & Brent, D. A. (2013). Familial transmission of parental mood disorders : Unipolar and bipolar disorders in offspring. *Bipolar Disorders*, 15(7), 764-773.
<https://doi.org/10.1111/bdi.12107>

Ordre des psychologues du Québec. (2021, mars). *Manuel d'évaluation des programmes de doctorat en psychologie : Normes, critères minimaux et processus d'évaluation des*

programmes universitaires aux fins de recommander l'ajout, le maintien ou le retrait d'un diplôme de la liste des diplômes donnant accès au permis de l'Ordre des psychologues du Québec [Mise à jour – Mars 2021].

https://www.ordrepsy.qc.ca/documents/26707/0/Manuel_eval_doctorat_2021-03-final.pdf

Ordre des psychologues du Québec. (s.d.-a). *Accueil*. Consulté le 8 octobre 2025.

<https://www.ordrepsy.qc.ca/>

Ordre des psychologues du Québec. (s.d.-b). *Obtenir un permis de psychologue avec un diplôme québécois*. Consulté le 8 octobre 2025. <https://www.ordrepsy.qc.ca/permis-psychologue-diplome-quebecois>

Ordre des psychologues du Québec. (s.d.-c). *Que font les psychologues?*. Ordre des psychologues du Québec. Consulté le 22 août 2024. <https://www.ordrepsy.qc.ca/que-font-les-psychologues>

Ordre des psychologues du Québec. (s.d.-d). *Orientations théoriques*. Ordre des psychologues du Québec. Consulté le 31 août 2024. <https://www.ordrepsy.qc.ca/orientations-theoriques-psychotherapie>

Ordre des psychologues du Québec. (s.d.-e). *Formation continue*. Consulté le 17 mars 2025.

<https://www.ordrepsy.qc.ca/formation-continue-membres>

Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec. (2011).

Cadre de référence sur l'évaluation du fonctionnement social.

<https://www.otstcfq.org/wp-content/uploads/2016/09/cadre-reference-evaluation-fonctionnement-social.pdf>

Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec. (2012).

Référentiel de compétences des travailleuses sociales et des travailleurs sociaux.

https://www.otstcfq.org/sites/default/files/referentiel_de_competences_des_travailleurs_sociaux.pdf

Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec. (s.d.-a).

Mandat, mission, vision et valeurs. Consulté le 8 octobre 2025 de

<https://www.otstcfq.org/l-ordre/qui-sommes-nous/mandat-mission-vision-et-valeurs/>

Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec. (s.d.-b).

Diplôme en travail social au Québec. Consulté le 8 octobre 2025.

<https://www.otstcfq.org/exercer-au-quebec/exercer-au-quebec/admission-et-inscription/permis-exercice-ts-et-tcf/diplome-travail-social-quebec/>

Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec. (s.d.-c).

Formation continue. Consulté le 17 mars 2025. <https://www.otstcfq.org/formation-continue/>

Organisation mondiale de la Santé. (2021). *Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2030.* <https://www.who.int/fr/publications-detail/9789240031029>

Oskouie, F., Zeighami, R., & Joolaei, S. (2011). Outcomes of Parental Mental Illness on Children : A Qualitative Study from Iran. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 49(9), 32-40. <https://doi.org/10.3928/02793695-20110802-06>

Otterman, G., & Haney, S. (2024). How Is Parental Mental Health a Risk for Child Maltreatment? *Pediatrics*, 153(3), e2023063611. <https://doi.org/10.1542/peds.2023-063611>

Overbeek, M. M., Iozzia, G., Maras, A., & Rijnberk, C. (2023). Interventions for parents with mental illnesses : A scoping review. *Couple and Family Psychology: Research and Practice*, 12(4), 233-264. <https://doi.org/10.1037/cfp0000214>

Paillé, P., & Mucchielli, A. (2021). Chapitre 12. L'analyse thématique. *Collection U*, 5, 269-357.

- Panariello, F., Fanelli, G., Fabbri, C., Atti, A. R., De Ronchi, D., & Serretti, A. (2022). Epigenetic Basis of Psychiatric Disorders : A Narrative Review. *CNS & Neurological Disorders - Drug Targets*, 21(4), 302-315.
<https://doi.org/10.2174/1871527320666210825101915>
- Pape, S. E., & Collins, M. P. (2011). A systematic literature review of parenting behaviours exhibited by anxious people. *European Psychiatry*, 26(S2), 170-170.
[https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(11\)71881-8](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(11)71881-8)
- Paraskevoulakou, A., & Schauder, S. (2020). Parentalité et maladie mentale : Autostigmatisation et perspectives d'amélioration du fonctionnement parental. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 178(2), 123-129.
<https://doi.org/10.1016/j.amp.2018.03.015>
- Patton, M. Q. (1999). Enhancing the quality and credibility of qualitative analysis. *Health Services Research*, 34(5 Pt 2), 1189-1208.
- Pearson, R. M., Bornstein, M. H., Cordero, M., Scerif, G., Mahedy, L., Evans, J., Abioye, A., & Stein, A. (2016). Maternal perinatal mental health and offspring academic achievement at age 16 : The mediating role of childhood executive function. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 57(4), 491-501. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12483>
- Perera, D. N., Short, L., & Fernbacher, S. (2014a). There is a lot to it : Being a mother and living with a mental illness. *Advances in Mental Health*, 12(3), 167-181.
<https://doi.org/10.1080/18374905.2014.11081895>
- Perera, D. N., Short, L., & Fernbacher, S. (2014b). "It's not that straightforward" : When family support is challenging for mothers living with mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 37(3), 170-175. <https://doi.org/10.1037/prj0000074>

Petfield, L., Startup, H., Droscher, H., & Cartwright-Hatton, S. (2015). Parenting in mothers with borderline personality disorder and impact on child outcomes. *Evidence-Based Mental Health*, 18(3), 67-75. <https://doi.org/10.1136/eb-2015-102163>

Pfeiffenberger, A. S., D'Souza, A. J., Huthwaite, M. A., & Romans, S. E. (2016). The well-being of children of parents with a mental illness : The responsiveness of crisis mental health services in Wellington, New Zealand. *Child & Family Social Work*, 21(4), 600-607. <https://doi.org/10.1111/cfs.12186>

Piché, G., Bergeron, L., Cyr, M., & 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 & Adolescent Psychiatry*, 20(3), 176-185.

Piché, G., Bergeron, L., Cyr, M., & Berthiaume, C. (2011b). Interaction Effects between Maternal Lifetime Depressive/Anxiety Disorders and Correlates of Children's Externalizing Symptoms. *Journal of Child & Family Studies*, 20(5), 596-604. <https://doi.org/10.1007/s10826-010-9433-0>

Piché, G., & Villatte, A. (2021). Anxiété Et Dépression Parentale : Facteurs Et Mécanismes De Vulnérabilités. Dans G. Piché, A. Villatte, & S. Bourque (Éds.), *Trouble mental chez le parent. Enjeux familiaux et implications cliniques* (p. 9-32). Les Presses de l'Université Laval. <https://doi.org/10.2307/j.ctv1v7zd09.6>

Piché, G., Villatte, A., Clément, M.-È., Morin, M.-H., Fournier-Marceau, M., Maybery, D., Reupert, A., Richard-Devantoy, S., & Cyr-Villeneuve, C. (2023). Pratiques centrées sur la famille chez les professionnels en santé mentale adulte : Un portrait de la situation au Québec. *Santé mentale au Québec*, 48(2), 121-150. <https://doi.org/10.7202/1109836ar>

Piché, G., Vetri, K., Villatte, A., Habib, R., Salmon, I., & LaPProche (Laboratoire de recherche). (2022). *Le trésor de l'île Rouge* (3e édition). LaPProche.

Piché, G., Davidson, G., Dunkley-Smith, A., Grant, A., Yates, S., & Maybery, D. (2024a).

Exploring past research to move forward : A scoping review of aims, outcomes, and recommendations in parental mental illness qualitative research. *Frontiers in Public Health*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1427432>

Piché, G., Villatte, A., Clément, M.-È., Morin, M.-H., Maybery, D., Reupert, A., Richard-Devantoy, S., & Fournier-Marceau, M. (2024b). Predictors of family-focused practices among mental health workers in Quebec. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1380001. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1380001>

Piché, G., Villatte, A., Fournier-Marceau, M., Clément, M.-È., Morin, M.-H., Maybery, D., Reupert, A., Richard-Devantoy, S., Cyr-Villeneuve, C., & Lemieux, A. (2024c). Psychometric proprieties of the French Version of the Family-Focused Mental Health Practice Questionnaire (FFMHPQ). *European Review of Applied Psychology*, 74(3), 100969. <https://doi.org/10.1016/j.erap.2023.100969>

Piché, G., Villatte, A. et Habib, R. (2019, avril). 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*, 10(4), 2 pages. <https://qualaxia.org/wp-content/uploads/quintessence-vol10-n4.pdf>

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 (Éds.), *Trouble mental chez le parent. Enjeux familiaux et implications cliniques* (p. 315-342). Les Presses de l'Université Laval. <https://doi.org/10.2307/j.ctv1v7zd09.21>

Piché, G., Villatte, A., Habib, R., Vetri, K., & Beardslee, W. (2020). FAMILLE+ : A Multifamily Group Program for Families with Parental Depression. *Journal of Parent and Family Mental Health*, 5(1). <https://doi.org/10.7191/parentandfamily.1014>

Pierce, M., Abel, K. M., Muwonge, J., Wicks, S., Nevriana, A., Hope, H., Dalman, C., & Kosidou, K. (2020). Prevalence of parental mental illness and association with socioeconomic adversity among children in Sweden between 2006 and 2016 : A population-based cohort study. *The Lancet Public Health*, 5(11), e583-e591.
[https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30202-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30202-4)

Pierce, M., Hope, H. F., Kolade, A., Gellatly, J., Osam, C. S., Perchard, R., Kosidou, K., Dalman, C., Morgan, V., Prinzio, P. D., & Abel, K. M. (2020). Effects of parental mental illness on children's physical health : Systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 217(1), 354-363. <https://doi.org/10.1192/bjp.2019.216>

Post, R. M., Altshuler, L. L., Kupka, R., McElroy, S. L., Frye, M. A., Rowe, M., Grunze, H., Suppes, T., Keck Jr, P. E., Leverich, G. S., & Nolen, W. A. (2018). Multigenerational transmission of liability to psychiatric illness in offspring of parents with bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 20(5), 432-440. <https://doi.org/10.1111/bdi.12668>

Power, J., Cuff, R., Jewell, H., McIlwaine, F., O'Neill, I., & 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>

Price-Robertson, R., Obradovic, A., & Morgan, B. (2017). Relational recovery : Beyond individualism in the recovery approach. *Advances in Mental Health*, 15(2), 108-120.
<https://doi.org/10.1080/18387357.2016.1243014>

Price-Robertson, R., Reupert, A., & Maybery, D. (2015). Fathers' experiences of mental illness stigma : Scoping review and implications for prevention. *Advances in Mental Health*, 13(2), 100-112. <https://doi.org/10.1080/18387357.2015.1063746>

Proulx, J. (2019). Recherches qualitatives et validités scientifiques. *Recherches qualitatives*, 38(1), 53-70. <https://doi.org/10.7202/1059647ar>

Puchol-Martínez, I., Vallina Fernández, Ó., & Santed-Germán, M. A. (2023). Preventive interventions for children and adolescents of parents with mental illness : A systematic review. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 30(5), 979-997.
<https://doi.org/10.1002/cpp.2850>

Punamäki, R.-L., Paavonen, J., Toikka, S., & Solantaus, T. (2013). Effectiveness of preventive family intervention in improving cognitive attributions among children of depressed parents : A randomized study. *Journal of Family Psychology*, 27(4), 683-690.
<https://doi.org/10.1037/a0033466>

QSR International Pty Ltd. (2020) NVivo (Mars 2020), <https://www.qsrinternational.com/nvivo-qualitative-data-analysis-software/home>

Radley, J., Barlow, J., & Johns, L. (2021). Mental health professionals' experiences of working with parents with psychosis and their families : A qualitative study. *BMC Health Services Research*, 21(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06416-1>

Rampou, A. M., Havenga, Y., & Madumo, M. (2015). Parenting experiences of mothers living with a chronic mental illness. *Health SA Gesondheid*, 20(1), 118-127.
<https://doi.org/10.1016/j.hsag.2015.04.004>

Rapaport, J., Bellringer, S., Pinfold, V., & Huxley, P. (2006). Carers and confidentiality in mental health care : Considering the role of the carer's assessment: a study of service users',

carers' and practitioners' views. *Health & Social Care in the Community*, 14(4), 357-365.

<https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2006.00631.x>

Rasic, D., Hajek, T., Alda, M., & Uher, R. (2014). Risk of Mental Illness in Offspring of Parents With Schizophrenia, Bipolar Disorder, and Major Depressive Disorder : A Meta-Analysis of Family High-Risk Studies. *Schizophrenia Bulletin*, 40(1), 28-38.

<https://doi.org/10.1093/schbul/sbt114>

Rawlinson, C., Carron, T., Cohidon, C., Ardit, C., Hong, Q. N., Pluye, P., Peytremann-Bridevaux, I., & Gilles, I. (2021). An Overview of Reviews on Interprofessional Collaboration in Primary Care : Barriers and Facilitators. *International Journal of Integrated Care*, 21(2). <https://doi.org/10.5334/ijic.5589>

Reedtz, C., Lauritzen, C., Rognmo, K., Nilsen, M. A., & Walstad, A. (2019). Identification of and Support for Children of Mentally Ill Parents : A 5 Year Follow-Up Study of Adult Mental Health Services. *Frontiers in Psychiatry*, 9.

<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2018.00507>

Règlement sur le permis de psychothérapeute. RLRQ, c. C-26, r. 222.1. (2025, 5 juin).

<https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/rc/C-26,%20r.%20222.1%20/>

Reupert, A., Gladstone, B., Helena Hine, R., Yates, S., McGaw, V., Charles, G., Drost, L., & Foster, K. (2021). Stigma in relation to families living with parental mental illness : An integrative review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 30(1), 6-26.

<https://doi.org/10.1111/inm.12820>

Reupert, A., & Maybery, D. (2014). Practitioners' experiences of working with families with complex needs. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21(7), 642-651.

<https://doi.org/10.1111/jpm.12149>

- Reupert, A., & Maybery, D. (2015). Stigma and families where a parent has a mental illness. Dans A. Reupert, D. Maybery, J. Nicholson, M. V. Seeman, & M. Göpfert (Éds.), *Parental Psychiatric Disorder : Distressed Parents and their Families* (3^e éd., p. 51-60). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107707559.007>
- Reupert, A., & Maybery, D. (2016). What do we know about families where parents have a mental illness? A systematic review. *Child & Youth Services*, 37(2), 98-111. <https://doi.org/10.1080/0145935X.2016.1104037>
- Reupert, A., Maybery, D., & Kowalenko, N. M. (2013). Children whose parents have a mental illness : Prevalence, need and treatment. *Medical Journal of Australia*, 199(S3), S7-S9. <https://doi.org/10.5694/mja11.11200>
- Reupert, A., Maybery, D., & 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., & Nicholson, J. (2015). Towards the development of a conceptual framework. Dans A. Reupert, D. Maybery, J. Nicholson, M. V. Seeman, & M. Göpfert (Éds.), *Parental Psychiatric Disorder : Distressed Parents and their Families* (3^e éd., p. 1-15). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107707559.002>
- Reupert, A., Price-Robertson, R., & Maybery, D. (2017). Parenting as a focus of recovery : A systematic review of current practice. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 40(4), 361-370. <https://doi.org/10.1037/prj0000240>
- Reupert, A., Tchernegovski, P., Chen, L., & Huddle, M. (2023). Experiences of family members when a parent is hospitalized for their mental illness : A qualitative systematic review. *BMC Psychiatry*, 23(1), 56. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-04530-4>

Reupert, A. E., Williamson, C., & Maybery, D. J. (2017). How family orientated are primary care physicians? *Journal of Child and Family Studies*, 26(1), 329-335.

<https://doi.org/10.1007/s10826-016-0558-7>

Reuman, L., Thompson-Hollands, J., & Abramowitz, J. S. (2021). Better together : A review and recommendations to optimize research on family involvement in CBT for anxiety and related disorders. *Behavior therapy*, 52(3), 594-606.

<https://doi.org/10.1016/j.beth.2020.07.008>

Ruud, T., Maybery, D., Reupert, A., Weimand, B., Foster, K., Grant, A., Skogøy, B. E., & Ose, S. O. (2019). Adult Mental Health Outpatients Who Have Minor Children : Prevalence of Parents, Referrals of Their Children, and Patient Characteristics. *Frontiers in Psychiatry*, 10. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2019.00163>

Rusu, P. P., Candel, O.-S., Bogdan, I., Ilciuc, C., Ursu, A., & Podina, I. R. (2025). Parental Stress and Well-Being : A Meta-analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 28(2), 255-274. <https://doi.org/10.1007/s10567-025-00515-9>

Savoie-Zajc, L. (2021). L'entrevue semi-dirigée. Dans I. Bourgeois (dir.), *Recherche sociale: de la problématique à la collecte des données* (7^e éd., p. 321-347). Presses de l'Université du Québec.

Savvidou I, Bozikas VP, Hatzigeleki S, & Karavatos A. (2003). Narratives about their children by mothers hospitalized on a psychiatric unit. *Family Process*, 42(3), 391-402.

<https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2003.00391.x>

Sellers, R., Harold, G. T., Elam, K., Rhoades, K. A., Potter, R., Mars, B., Craddock, N., Thapar, A., & Collishaw, S. (2014). Maternal depression and co-occurring antisocial behaviour : Testing maternal hostility and warmth as mediators of risk for offspring psychopathology.

Journal of Child Psychology & Psychiatry, 55(2), 112-120.

<https://doi.org/10.1111/jcpp.12111>

Shah-Anwar, S., Gumley, A., & 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>

Shalev, A., Merranko, J., Goldstein, T., Miklowitz, D. J., Axelson, D., Goldstein, B. I., Brent, D., Monk, K., Hickey, M. B., Hafeman, D. M., Sakolsky, D., Diler, R., & Birmaher, B. (2019). A longitudinal study of family functioning in offspring of parents diagnosed with bipolar disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 58(10), 961--970. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.10.011>

Shen, H., Magnusson, C., Rai, D., Lundberg, M., Lê-Scherban, F., Dalman, C., & Lee, B. K. (2016). Associations of Parental Depression With Child School Performance at Age 16 Years in Sweden. *JAMA Psychiatry*, 73(3), 239-246.

<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.2917>

Siegenthaler, E., Munder, T., & 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 & Adolescent Psychiatry*, 51(1), 8-17.e8.

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

Sin, J., & Norman, I. (2013). Psychoeducational Interventions for Family Members of People With Schizophrenia : A Mixed-Method Systematic Review. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 74(12), 16055. <https://doi.org/10.4088/JCP.12r08308>

Sjöblom, L.-M., Pejlert, A., & Asplund, K. (2005). Nurses' view of the family in psychiatric care. *Journal of Clinical Nursing*, 14(5), 562-569. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2004.01087.x>

Skogøy, B. E., Ogden, T., Weimand, B., Ruud, T., Sørgaard, K., & Maybery, D. (2019). Predictors of family focused practice : Organisation, profession, or the role as child responsible personnel? *BMC Health Services Research*, 19(1), 793. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4553-8>

Slack, K., & Webber, M. (2008). Do we care? Adult mental health professionals' attitudes towards supporting service users' children. *Child and Family Social Work*, 13(1), 72-79. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2206.2007.00516.x>

Slade, M., Pinfold, V., Rapaport, J., Bellringer, S., Banerjee, S., Kuipers, E., & Huxley, P. (2007). Best practice when service users do not consent to sharing information with carers : National multimethod study. *The British Journal of Psychiatry*, 190(2), 148-155. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.024935>

Smith, J., Ali, P., Birks, Y., Curtis, P., Fairbrother, H., Kirk, S., Saltiel, D., Thompson, J., & Swallow, V. (2020). Umbrella review of family-focused care interventions supporting families where a family member has a long-term condition. *Journal of Advanced Nursing*, 76(8), 1911-1923. <https://doi.org/10.1111/jan.14367>

Soares, E. E., Thrall, J. N., Stephens, T. N., Rodriguez Biglieri, R., Consoli, A. J., & Bunge, E. L. (2020). Publication Trends in Psychotherapy : Bibliometric Analysis of the Past 5 Decades. *American Journal of Psychotherapy*, 73(3), 85-94. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.20190045>

Stack, D. M., Langevin, R., Atkinson, N. H., Kennedy-Turner, K., Paré-Ruel, M.-P., & Serbin, L. A. (2021). Santé Mentale Et Pratiques Parentales : Résultats D'une Étude Longitudinale

Intergénérationnelle. Dans G. Piché, A. Villatte, & S. Bourque (Éds.), *Trouble mental chez le parent. Enjeux familiaux et implications cliniques* (p. 127-144). Les Presses de l'Université Laval. <https://doi.org/10.2307/j.ctv1v7zd09.12>

Statistique Canada. (2021). 3.2.3 Échantillonnage non probabiliste. Dans 3. *Collecte et traitement des données*. Gouvernement du Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/edu/power-pouvoir/ch13/nonprob/5214898-fra.htm>

Steele, H., & Steele, M. (2018). *Handbook of attachment-based interventions* (p. xvii, 526). The Guilford Press.

Stiles, C., Batchelor, R., Gumley, A., & Gajwani, R. (2023). Experiences of Stigma and Discrimination in Borderline Personality Disorder : A Systematic Review and Qualitative Meta-Synthesis. *Journal of Personality Disorders*, 37(2), 177-194.
<https://doi.org/10.1521/pedi.2023.37.2.177>

Strand, J., Boström, P., & Grip, K. (2020). Parents' Descriptions of How Their Psychosis Affects Parenting. *Journal of Child & Family Studies*, 29(3), 620-631.
<https://doi.org/10.1007/s10826-019-01605-3>

Strand, J., & Rudolfsson, L. (2018). Professionals' Experiences of Integrating a Child Perspective in Adult Psychosis Service. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 21(1), 57-78.
<https://www.muse.jhu.edu/article/759958>.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2024, Avril). *Behavioral health barometer: Region 4, Volume 7: Indicators as measured in the 2021-2022 National Surveys on Drug Use and Health*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK608857/>

Suissa, A. J. (2024). Chapitre 5 intervention auprès des familles et des proches : repères psychosociaux. Dans D. Turcotte, J.-M. Deslauriers, & J.-P. Deslauriers (Éds.),

Introduction au travail social (p. 113-158). Presses de l'Université Laval.

<https://doi.org/10.1515/9782766304042-008>

Sun, Y., Hsieh, J., & Gao, X. (2025). Integrating Qualitative Comparative Analysis With

Reflexive Thematic Analysis in Theme Development. *International Journal of Qualitative Methods*, 1-14. <https://doi.org/10.1177/16094069251318749>

Tabak, I., Zabłocka-Żytka, L., Ryan, P., Poma, S. Z., Joronen, K., Viganò, G., Simpson, W.,

Paavilainen, E., Scherbaum, N., Smith, M., & Dawson, I. (2016). Needs, expectations and consequences for children growing up in a family where the parent has a mental illness.

International Journal of Mental Health Nursing, 25(4), 319-329.

<https://doi.org/10.1111/inm.12194>

Tanguay, I. (2023). *La recherche qualitative en action* (2^e édition). ERPI.

Tapias, E., Coromina, M., Grases, N., & Ochoa, S. (2021). Psychological Treatments with

Children of Parents with Mental Illness : A Systematic Review. *Child & Youth Care Forum*, 50(6), 1107-1130. <https://doi.org/10.1007/s10566-021-09608-2>

Tchernegovski, P., Hine, R., Reupert, A. E., & Maybery, D. J. (2018a). Adult mental health clinicians' perspectives of parents with a mental illness and their children : Single and dual focus approaches. *BMC Health Services Research*, 18(1), N.PAG-N.PAG.

<https://doi.org/10.1186/s12913-018-3428-8>

Tchernegovski, P., Reupert, A. E., & Maybery, D. J. (2018b). How do Australian adult mental health clinicians manage the challenges of working with parental mental illness? A phenomenological study. *Child & Family Social Work*, 23(3), 381-389.

<https://doi.org/10.1111/cfs.12426>

Tham, S. S., & Solomon, P. (2024). Family Involvement in Routine Services for Individuals With Severe Mental Illness : Scoping Review of Barriers and Strategies. *Psychiatric Services*, appi.ps.20230452. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.20230452>

Thanhäuser, M., Lemmer, G., de Girolamo, G., & Christiansen, H. (2017). Do preventive interventions for children of mentally ill parents work? Results of a systematic review and meta-analysis. *Current Opinion in Psychiatry*, 30(4), 283-299.
<https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000342>

Thompson-Hollands, J., Edson, A., Tompson, M. C., & Comer, J. S. (2014). Family involvement in the psychological treatment of obsessive-compulsive disorder : A meta-analysis. *Journal of family psychology : JFP : journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association (Division 43)*, 28(3), 287-298.
<https://doi.org/10.1037/a0036709>

Tobin, G. A., & Begley, C. M. (2004). Methodological rigour within a qualitative framework. *Journal of Advanced Nursing*, 48(4), 388-396. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03207.x>

Tomaso, A. D., Carle, S.-M., Hassan, A., & Boivin, M.-P. (2023). Soutien et résilience : Deux leviers à l'engagement du personnel de santé ? *Revue internationale de psychosociologie et de gestion des comportements organisationnels - RIPCO*, 79, 125-141.
<https://doi.org/10.3917/rips1.079.0125>

Tracy, S. J. (2010). Qualitative Quality : Eight "Big-Tent" Criteria for Excellent Qualitative Research. *Qualitative Inquiry*, 16(10), 837-851.
<https://doi.org/10.1177/1077800410383121>

Tsang, H. W. H., Ching, S. C., Tang, K. H., Lam, H. T., Law, P. Y. Y., & Wan, C. N. (2016). Therapeutic intervention for internalized stigma of severe mental illness : A systematic

review and meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 173(1), 45-53.

<https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.02.013>

Tuck, M., Wittkowsky, A., & Gregg, L. (2022). A Balancing Act : A Systematic Review and Metasynthesis of Family-Focused Practice in Adult Mental Health Services. *Clinical Child and Family Psychology Review*. <https://doi.org/10.1007/s10567-022-00418-z>

Tungpunkom, P., Maybery, D., Reupert, A., Kowalenko, N., & Foster, K. (2017). Mental health professionals' family-focused practice with families with dependent children : A survey study. *BMC Health Services Research*, 17(1), 818. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2761-7>

van der Ende, P. C., van Busschbach, J. T., Nicholson, J., Korevaar, E. L., & van Weeghel, J. (2016). Strategies for parenting by mothers and fathers with a mental illness. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 23(2), 86-97. <https://doi.org/10.1111/jpm.12283>

van Houtum, L. A. E. M., Baaré, W. F. C., Beckmann, C. F., Castro-Fornieles, J., Cecil, C. A. M., Dittrich, J., Ebdrup, B. H., Fegert, J. M., Havdahl, A., Hillegers, M. H. J., Kalisch, R., Kushner, S. A., Mansuy, I. M., Mežinska, S., Moreno, C., Muetzel, R. L., Neumann, A., Nordentoft, M., Pingault, J.-B., ... van Haren, N. E. M. (2024). Running in the FAMILY : Understanding and predicting the intergenerational transmission of mental illness.

European Child & Adolescent Psychiatry, 33(11), 3885-3898.

<https://doi.org/10.1007/s00787-024-02423-9>

Van Loon, L. M., Van de Ven, M. O., Van Doesum, K. T., Witteman, C. L., & Hosman, C. M. (2014). The relation between parental mental illness and adolescent mental health: The role of family factors. *Journal of Child and Family Studies*, 23(7), 1201--1214. <https://doi.org/10.1007/s10826-013-9781-7>

- Vandette, M.-P., Gosselin, J., & Kogan, C. (2021). *La supervision clinique en contexte professionnel*. PUQ.
- Vetri, K., Piché, G., & Villatte, A. (2022). An Evaluation of the Acceptability, Appropriateness, and Utility of a Bibliotherapy for Children of Parents With a Mental Illness. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 815873. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.815873>
- Villatte, A., Piché, G., & Benjamin, S. (2022). Perceived Support and Sense of Social Belonging in Young Adults Who Have a Parent With a Mental Illness. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 793344. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.793344>
- Villatte, A., Piché, G., & Habib, R. (2021). Comment soutenir la résilience des jeunes en transition vers l'âge adulte qui ont un parent atteint d'un trouble mental ? Ce qu'en pensent les jeunes concernés. *International Journal of Child and Adolescent Resilience / Revue internationale de la résilience des enfants et des adolescents*, 8(1), 1-18. <https://doi.org/10.7202/1077723ar>
- Villatte, A., Piché, G., Habib, R., & Gariépy, J. (2024). Evaluation of a mental-health literacy and self-care website intended for young people who have a parent with a mental illness. *Advances in Mental Health*, 22(3), 540-559. <https://doi.org/10.1080/18387357.2023.2264416>
- Volkert, J., Taubner, S., Byrne, G., Rossouw, T., & Midgley, N. (2022). Introduction to Mentalization-Based Approaches for Parents, Children, Youths, and Families. *American Journal of Psychotherapy*, 75(1), 4-11. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.20210020>
- Wahl, P., Bruland, D., Bauer, U., Okan, O., & Lenz, A. (2017). What are the family needs when a parent has mental health problems? Evidence from a systematic literature review. *Journal*

of Child and Adolescent Psychiatric Nursing, 30(1), 54-66.

<https://doi.org/10.1111/jcap.12171>

Waller, S., Reupert, A., Ward, B., McCormick, F., & Kidd, S. (2019). Family-focused recovery : Perspectives from individuals with a mental illness. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(1), 247-255. <https://doi.org/10.1111/inm.12528>

Ward, B., Reupert, A., McCormick, F., Waller, S., & Kidd, S. (2017). Family-focused practice within a recovery framework : Practitioners' qualitative perspectives. *BMC Health Services Research*, 17(1), 234. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2146-y>

Watkeys, O. J., O'Hare, K., Dean, K., Laurens, K. R., Harris, F., Carr, V. J., & Green, M. J. (2022). Early childhood developmental vulnerability associated with parental mental disorder comorbidity. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 00048674221116806. <https://doi.org/10.1177/00048674221116806>

Weiss, P., Hadas-Lidor, N., Weizman, A., & Sachs, D. (2018). The Effectiveness of a Knowledge Translation Cognitive-Educational Intervention for Family Members of Persons Coping with Severe Mental Illness. *Community Mental Health Journal*, 54(4), 485-495.

<https://doi.org/10.1007/s10597-017-0169-9>

Weissman, M. M., Wickramaratne, P., Nomura, Y., Warner, V., Pilowsky, D., & Verdeli, H. (2006). Offspring of Depressed Parents : 20 Years Later. *American Journal of Psychiatry*, 163(6), 1001-1008. <https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.6.1001>

Wendland, J., Brisson, J., Medeiros, M., Camon-Sénéchal, L., Aidane, E., David, M., Serres, J., Cohen, D., & Rabain, D. (2014). Mothers With Borderline Personality Disorder : Transition to Parenthood, Parent--Infant Interaction, and Preventive/Therapeutic Approach. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 21(2), 139-153.

<https://doi.org/10.1111/cpsp.12066>

Wensing, M., & Grol, R. (2020). Theories on Implementation of Change in Healthcare. Dans *Improving Patient Care* (p. 21-44). John Wiley & Sons, Ltd.

<https://doi.org/10.1002/9781119488620.ch2>

Wesseldijk, L. W., Dieleman, G. C., van Steensel, F. J. A., Bartels, M., Hudziak, J. J., Lindauer, R. J. L., Bögels, S. M., & Middeldorp, C. M. (2018). Risk factors for parental psychopathology: A study in families with children or adolescents with psychopathology. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 27(12), 1575--1584. <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1156-6>

Whittingham, K., & Coyne, L. (2019). *Acceptance and Commitment Therapy : The Clinician's Guide for Supporting Parents*. Elsevier Science.

Williams, D. T. (2018). Parental Depression and Cooperative Coparenting : A Longitudinal and Dyadic Approach. *Family Relations*, 67(2), 253-269. <https://doi.org/10.1111/fare.12308>

Woldring, J. M., Luttik, M. L., Paans, W., & Gans, R. O. B. (2023). The added value of family-centered rounds in the hospital setting : A systematic review of systematic reviews. *PLOS ONE*, 18(1), e0280142. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0280142>

Wyder, M., Barratt, J., Jonas, R., & Bland, R. (2022). Relational Recovery for Mental Health Carers and Family : Relationships, Complexity and Possibilities. *The British Journal of Social Work*, 52(3), 1325-1340. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcab149>

Wyder, M., & Bland, R. (2014). The Recovery Framework as a Way of Understanding Families' Responses to Mental Illness: Balancing Different Needs and Recovery Journeys. *Australian Social Work*, 67(2), 179–196.
<https://doi.org/10.1080/0312407X.2013.875580>

Wynaden, D., & Orb, A. (2005). Impact of patient confidentiality on carers of people who have a mental disorder. *International Journal of Mental Health Nursing*, 14(3), 166-171.

<https://doi.org/10.1111/j.1440-0979.2005.00377.x>

Yamamoto, R., & Keogh, B. (2018). Children's experiences of living with a parent with mental illness : A systematic review of qualitative studies using thematic analysis. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 25(2), 131-141.

<https://doi.org/10.1111/jpm.12415>

Yao, H., Guan, L., Zhang, C., Pan, Y., Han, J., He, R., Chang, Z., Zhou, T., Du, C., Wu, T., Sun, J., Yuan, Y., Maybery, D., & Ma, H. (2021). Chinese mental health workers' family-focused practices : A cross-sectional survey. *BMC Health Services Research*, 21(1), 569.

<https://doi.org/10.1186/s12913-021-06572-4>

Yoo, H., Racorean, S., & Smith, W. (2023). Mental health clinicians' reflections on working with child welfare cases : Challenges and suggestions. *Social Work in Mental Health*, 21(6), 676-700. <https://doi.org/10.1080/15332985.2023.2212826>

Zalewski, M., Goodman, S. H., Cole, P. M., & McLaughlin, K. A. (2017). Clinical considerations when treating adults who are parents. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 24(4), 370-388. <https://doi.org/10.1037/h0101745>

Zalewski, M., Maliken, A. C., Lengua, L. J., Martin, C. G., Roos, L. E., & Everett, Y. (2023). Integrating dialectical behavior therapy with child and parent training interventions : A narrative and theoretical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 30(4), 365-376. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12363>

ANNEXE A

Figures

Figure A1

Hiérarchie de facteurs influençant la mise en œuvre de pratiques centrées sur la famille chez les professionnels de la santé (Maybery & Reupert, 2009)

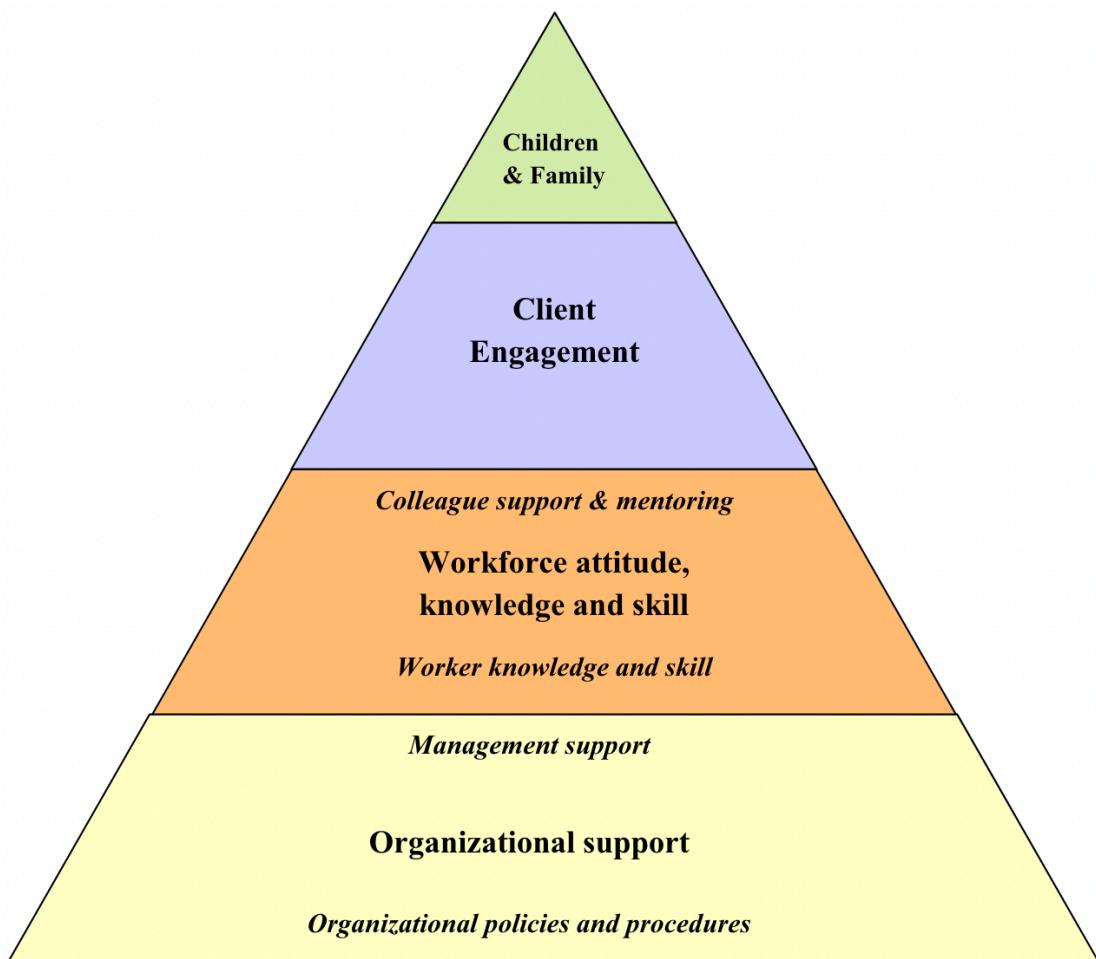
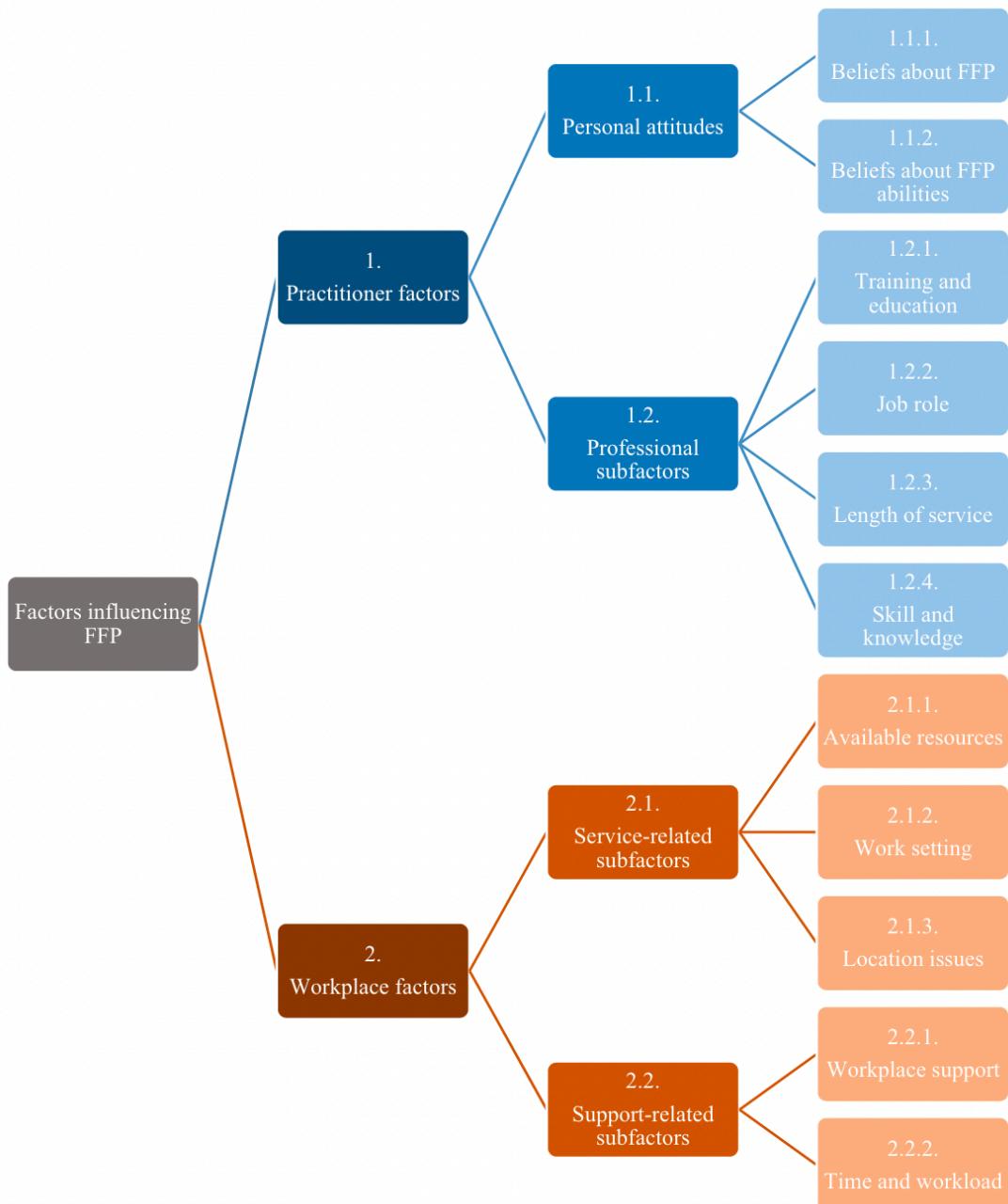


Figure A2

Facteurs influençant la mise en oeuvre de pratiques centrées sur la famille chez les

professionnels en santé mentale adulte (Gregg et al. 2021)



ANNEXE B

Tableaux

Tableau B1 : Résumé des devis et résultats significatifs des études interdisciplinaires en santé mentale adulte relatives aux PCF

Auteurs	Année	Titre	Devis	Analyses effectuées	Participants	Outil de mesure	Résultats significatifs quant aux différences professionnelles en lien avec les PCF
Grant et al.	2018	A Study of Health and Social Care Professionals' Family Focused Practice with Parents who have Mental Illness, their Children and Families in Northern Ireland	Mixte	ANOVA MANOVA Régressions multiples hiérarchiques Analyse thématique	Infirmiers (n = 278), travailleurs sociaux (n = 124), psychiatres (n = 33), psychologues (n = 9), intervenants en santé mentale (n = 40), professionnels de la santé « autres » (n = 9)	FFMHPQ et Entrevues semi-structurées	<ul style="list-style-type: none"> Soutien offert aux familles : Travailleurs sociaux > Infirmiers > Psychologues Soutien en lien avec la parentalité : Travailleurs sociaux > Infirmiers > Psychologues Évaluation des impacts du trouble mental parental sur les enfants : Travailleurs sociaux > Infirmiers > Psychologues Connectivité : Travailleurs sociaux > Infirmiers > Psychologues Référencement : Travailleurs sociaux > Infirmiers > Psychologues Temps et charge de travail : Travailleurs sociaux > Autres professionnels investigués Soutien perçu des collègues : Travailleurs sociaux > Autres professionnels investigués Formation reçue : Travailleurs sociaux > Autres professionnels investigués Compétence et connaissances : Travailleurs sociaux > Autres professionnels investigués Confiance : Travailleurs sociaux > Autres professionnels investigués

Auteurs	Année	Titre	Devis	Analyses effectuées	Participants	Outil de mesure	Résultats significatifs quant aux différences professionnelles en lien avec les PCF
Maybery et al.	2014	Profession Differences in Family Focused Practice in the Adult Mental Health System.	Quantitatif Transversal	ANOVA	Infirmiers psychiatriques (n = 155), travailleurs sociaux (n = 52), psychologues (n = 43)	FFMHPQ	<ul style="list-style-type: none"> Confiance des professionnels : Travailleurs sociaux > Psychologues > Infirmiers Soutien offert aux familles et enfants : Travailleurs sociaux > Infirmiers Évaluation des impacts du trouble mental parental sur les enfants : Travailleurs sociaux > Infirmiers Connaissances et compétences : Travailleurs sociaux > Infirmiers Référencement : Travailleurs sociaux > Infirmiers
Piché et al.	2023	Pratiques centrées sur la famille chez les professionnels en santé mentale adulte : un portrait de la situation au Québec	Quantitatif Transversal	MANCOVA	Travailleurs sociaux (n=127), infirmiers (n=99), psychoéducateurs (n=57), psychologues (n=56) et éducateurs spécialisés (n=41)	FFMHPQ-FR	<ul style="list-style-type: none"> Pratiques centrées sur la famille : Travailleurs sociaux > Psychologues Soutien organisationnel : Infirmiers > Psychologues Compétences, connaissances et confiance perçues : Travailleurs sociaux > Infirmiers Ouverture à améliorer sa pratique : Infirmiers, Éducateurs spécialisés > Travailleurs sociaux, Psychoéducateurs, Psychologues Attitudes et croyances : Travailleurs sociaux, Infirmiers, Éducateurs spécialisés > Psychologues; Infirmiers > Psychoéducateurs

Auteurs	Année	Titre	Devis	Analyses effectuées	Participants	Outil de mesure	Résultats significatifs quant aux différences professionnelles en lien avec les PCF
Skogøy et al.	2019	Predictors of family focused practice: Organization, profession, or the role as child responsible personnel?	Quantitatif Transversal	ANOVA unidirectionnelle ANCOVA Régression multiple	Infirmiers (n = 101), psychologues (n = 71), travailleurs sociaux (n = 42), médecins (n = 32) et « autres » professionnels (n = 34)	FFMHPQ	<ul style="list-style-type: none"> • Temps disponible pour travailler auprès des familles : Infirmiers, Travailleurs sociaux > Psychologues, Médecins • Disponibilité des services : Infirmiers, Psychologues, Travailleurs sociaux, « Autres » > Médecins • Connaissances et compétences : Infirmiers, Psychologues, Travailleurs sociaux, « Autres » > Médecins • Connectivité : Infirmiers, Psychologues, Travailleurs sociaux > Médecins • Confiance : Infirmiers > Médecins • Soutien offert aux familles : Travailleurs sociaux > Psychologues, Médecins, « Autres »; Infirmiers > Psychologues • Référencement : Infirmiers, Travailleurs sociaux, « Autres » > Médecins; Infirmiers, Travailleurs sociaux > Psychologues
Tungpukom et al.	2017	Mental health professionals' family-focused practice with families with dependent children: a survey study	Quantitatif Transversal	AVOVA ANOVA inter-sujet	Infirmiers psychiatriques (n = 295), psychiatres (n = 12), psychologues (n = 17), travailleurs sociaux (n = 14)	FFMHPQ	<ul style="list-style-type: none"> • Soutien du milieu : Travailleurs sociaux > Infirmiers, Psychologues, Psychiatres • Problèmes de localisation : Infirmiers < Psychologues, Travailleurs sociaux; Travailleurs sociaux > Psychiatres; Psychiatres < Psychologues • Temps et charge de travail : Infirmiers < Psychologues; Infirmiers < Travailleurs

Auteurs	Année	Titre	Devis	Analyses effectuées	Participants	Outil de mesure	Résultats significatifs quant aux différences professionnelles en lien avec les PCF
							<p>sociaux; Travailleurs sociaux > Psychiatres; Psychiatres < Psychologues</p> <ul style="list-style-type: none"> • Politique et procédure axées sur la famille : Infirmiers < Travailleurs sociaux, Infirmiers > Psychiatres, Travailleurs sociaux > Psychologues, Travailleurs sociaux > Psychiatres • Soutien des collègues : Infirmiers < Psychologues, Infirmiers < Travailleurs sociaux • Soutien à la famille et au client pour la parentalité: Travailleurs sociaux > Psychologues • Confiance dans la pratique axée sur la famille : Infirmiers < Psychologues, infirmiers < Travailleurs sociaux, Infirmiers < Psychiatres • Soutien aux familles et enfants : Infirmiers < Travailleurs sociaux, Travailleurs sociaux > Psychologues • Interactions auprès des familles : Infirmiers < Travailleurs sociaux, Infirmiers < Psychologues, Infirmiers < Psychiatres • Évaluation de l'impact du trouble mental parental : Infirmiers < Autres professionnels investigués • Compétences et connaissances : Infirmiers < Psychologues, Infirmiers <

Auteurs	Année	Titre	Devis	Analyses effectuées	Participants	Outil de mesure	Résultats significatifs quant aux différences professionnelles en lien avec les PCF
							<p>Travailleurs sociaux, Infirmiers < Psychiatres</p> <ul style="list-style-type: none"> Disponibilité des services : Infirmiers < Psychologues, Infirmiers < Travailleurs sociaux Promouvoir la connectivité familiale : Infirmiers < Travailleurs sociaux Référencement pour les membres de la famille : Infirmiers < Travailleurs sociaux, Travailleurs sociaux > Psychologues Soutenir la parentalité dans le contexte d'un trouble mental : Infirmiers > Travailleurs sociaux, Infirmiers > Psychiatres
Yao et al.	2021	Chinese mental health workers' family-focused practices: A cross-sectional survey.	Quantitatif Transversal	ANOVA unidirectionnelle Régression linéaire multivariée	Psychiatres (n = 213), infirmiers psychiatriques (n = 269), intervenants en santé mentale (n = 33)	FFMHPQ	<ul style="list-style-type: none"> Temps et charge de travail : Infirmiers > Psychiatres Soutien offert aux familles : Psychiatres > Infirmiers Compétences et connaissances : Intervenants en santé mentale > Psychiatres, Infirmiers Confiance : Psychiatres, Infirmiers Connaissance des politiques liées à la famille : Infirmiers > Autres professionnels investigués Besoin de formation supplémentaire : Infirmiers > Autres professionnels investigués

Auteurs	Année	Titre	Devis	Analyses effectuées	Participants	Outil de mesure	Résultats significatifs quant aux différences professionnelles en lien avec les PCF
							<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité des services : Infirmiers > Autres professionnels investigués • Pratique interprofessionnelle : Infirmiers > Autres professionnels investigués

ANNEXE C

Formulaire d'information et de consentement à la participation aux entrevues individuelles

Feuillet d'information

**Numéro de
projet :** **MP-13-2021-2135**

(Réservé à l'administration)

CÉR-S Jeunes en difficulté et leur famille
CÉR-S Réadaptation et intégration sociale

CÉR-S Santé des populations et première ligne
CÉR-S Neurosciences et santé mentale

I. Titre du projet :

L'approche centrée sur la famille au profit des enfants de parents vivant avec un trouble mental : investigation et développement des pratiques en santé mentale adulte au Québec.

II. Responsable et collaborateurs :

Chercheuse principale

Geneviève Piché, Ph.D., Professeure à l'Université du Québec en Outaouais et co-directrice du LaPProche (Laboratoire de recherche et d'actions pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale et leurs proches)

Cochercheuses

Aude Villatte, Ph.D., Professeure à l'UQO

Marie-Ève Clément, Ph.D., Professeure à l'UQO

Marie-Hélène Morin, Ph.D., Professeure à l'Université du Québec à Rimouski (UQAR)

Collaborateurs

- Andrea Reupert, Ph.D., Professeure à l'Université Monash
- Darryl Maybery, Ph.D., Professeur à l'Université Monash
- Line Leblanc, Ph.D., Professeure à l'UQO
- Dr Stéphane Richard-Devantoy, Psychiatre à l'Institut universitaire de santé mentale Douglas et Directeur de la Clinique externe de psychiatrie de l'Hôpital de St-Jérôme
- Dre Catherine Cyr-Villeneuve, Psychologue au CISSS des Laurentides
- Louise Fournier, Ph.D., Directrice générale et scientifique du Réseau Qualaxia
- René Cloutier, Directeur général du Réseau Avant de Craquer

Coordination et assistanat de recherche

- Kelly Vetri, M.Sc.
- Marianne Fournier-Marceau, M. Sc.

III. Organisme de subvention :

Ce projet est subventionné par le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (435-2020-1092).

Comité d'éthique de la recherche sectoriel en santé des populations et première ligne du CIUSSS de la Capitale-Nationale (projet MP-13-2021-2135)

Feuillet d'information

**Numéro de
projet :** **MP-13-2021-2135**

(Réservé à l'administration)

IV. Introduction :

Nous sollicitons votre participation au projet de recherche en titre. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent. Ce feuillet d'information et de consentement vous explique le but de ce projet de recherche, les procédures, les avantages, les risques et les inconvénients, de même que les coordonnées des personnes avec qui communiquer au besoin. Le feuillet d'information et de consentement peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la chercheuse responsable du projet et aux autres membres du personnel affectés au projet de recherche et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

V. Nature et objectifs du projet :

Ce projet de recherche a pour but d'approfondir les connaissances sur les pratiques centrées sur la famille en contexte de santé mentale au Québec et de proposer un cadre de référence destiné à soutenir l'adoption de telles pratiques. Dans cette étude, la « pratique centrée sur la famille » réfère à 1) l'ensemble des pratiques qui visent à inclure les membres de la famille (enfants, conjoint.e, proches) dans le cadre des suivis et soins usuels d'un parent-usager, dans une perspective de prévention ou de rétablissement; et 2) sous-tend un continuum d'intensité de soins et services, incluant des pratiques essentielles (ex., évaluer les besoins de la famille), de l'éducation et du soutien général à la famille (ex., information sur les troubles mentaux), jusqu'à des pratiques plus intensives (ex., accompagner le parent dans son rôle parental).

Ce projet, qui s'échelonnera sur quatre ans, vise d'abord à décrire les pratiques de soutien et les compétences perçues concernant la pratique centrée sur la famille, ainsi que les caractéristiques qui y sont associées auprès de professionnels du réseau de la santé et des services sociaux québécois et de ses partenaires. Pour ce faire, deux phases sont prévues, soit une première phase quantitative qui a eu lieu au cours de l'année 2021 sous forme de questionnaire en ligne et une deuxième phase qualitative qui aura lieu à l'hiver 2023 sous la forme d'entrevues individuelles.

Dans le cadre de ce formulaire d'information et de consentement, nous sollicitons votre participation pour la deuxième phase spécifiquement, où la participation de professionnels qui travaillent auprès d'adultes âgés de moins de 65 ans ayant un trouble mental et qui ont complété le questionnaire en ligne de la première phase du projet est souhaitée. Les gestionnaires en santé mentale adulte sont également invités à participer à cette phase du projet.

VI. Déroulement du projet :

Votre implication dans ce projet de recherche consiste à participer à une entrevue individuelle par visioconférence via la plateforme Teams (maximum 1h30) avec une assistante de recherche. Les questions porteront principalement sur les facteurs facilitateurs et les obstacles à l'adoption de l'approche centrée sur la famille. Les réponses recueillies

Comité d'éthique de la recherche sectoriel en santé des populations et première ligne du CIUSSS de la Capitale-Nationale (projet MP-13-2021-2135)

Feuillet d'information

**Numéro de
projet :** **MP-13-2021-2135**

(Réservé à l'administration)

permettront de mieux comprendre les facteurs qui peuvent moduler l'utilisation de l'approche centrée sur la famille selon les types de professionnels et les milieux de pratiques dans le but ultime de développer un cadre de pratique et des recommandations pour soutenir l'adoption de l'approche centrée sur la famille dans le réseau de la santé et des services sociaux. La rencontre sera enregistrée sur bande audionumérique, puis retranscrites afin d'assurer l'intégrité des données.

VII. Risques potentiels et inconvénients personnels :

Par votre participation, aucun risque ou inconvénient n'est prévu, hormis celui lié au temps nécessaire pour participer à l'entrevue individuelle qui est estimé au total à 1h30. Néanmoins, il est possible que vous viviez certaines émotions, telles que de la frustration, du stress ou de la gêne, en raison de votre participation. Si vous vivez un quelconque inconfort, vous êtes invité à en parler à un membre de l'équipe de recherche. Vous pouvez notamment contacter la chercheuse responsable ou la coordonnatrice du projet, leurs coordonnées se trouvent dans la section « Personnes ressources » du présent formulaire. L'équipe s'engage tout le long du projet à mettre en œuvre les moyens nécessaires pour réduire ou pallier les inconforts vécus et à vous référer vers les ressources pertinentes, en cas de besoin. Vous êtes aussi libre de refuser de répondre à certaines questions qui seront posées dans le cadre du projet.

VIII. Avantages possibles :

Les résultats obtenus contribueront à l'avancement des connaissances, entre autres de décrire les pratiques et les facteurs facilitateurs et les obstacles perçus par rapport à une pratique centrée sur la famille au Québec en contexte de santé mentale. Vous ne retirerez aucun bénéfice personnel de votre participation à ce projet, mais celle-ci vous donnera l'opportunité de réfléchir à votre pratique professionnelle à l'égard de l'utilisation d'une pratique centrée sur la famille, ainsi que de vous exprimer par rapport aux facteurs facilitants et aux obstacles à l'adoption d'une telle pratique dans le réseau de la santé et des services sociaux.

IX. Participation volontaire et retrait de la participation :

Votre participation à cette étude se fait sur une base volontaire. Vous êtes donc entièrement libre de participer ou non. Vous pouvez également retirer votre consentement en tout temps, sans avoir à justifier votre décision, et ce, sans préjudice et sans la perte de vos droits. Vous pourrez alors faire connaître votre décision de retrait à la chercheuse responsable du projet, par téléphone ou par courriel. Si vous décidez de vous retirer, nous vous demanderons votre accord pour pouvoir conserver les données que vous aurez bien voulu partager jusqu'alors. Il vous sera alors possible d'accepter ou de refuser, sans aucun préjudice.

Si vous avez été sollicité à participer à cette étude par l'entremise de votre milieu de travail, votre décision de ne pas participer à ce projet de recherche ou de vous retirer n'entraînera aucune conséquence sur votre relation avec votre employeur ou avec la chercheuse responsable, s'il y a lieu (ils ne seront pas informés de qui participe ou non à l'étude). Nous tenons à vous remercier pour votre précieuse collaboration dans la réalisation de cette recherche. Nous apprécions le temps et l'attention que vous y consacrez.

Feuillet d'information

**Numéro de
projet :** **MP-13-2021-2135**

(Réservé à l'administration)

X. Clause de responsabilité :

En acceptant de participer à ce projet de recherche, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs, le commanditaire ou les institutions impliquées de leurs obligations légales et professionnelles.

XI. Indemnité compensatoire :

Un bon d'achat de 20\$ sera offert à chaque participant parmi les choix suivants : Les libraires, Amazon, Walmart, Best Buy. Vous pourrez faire connaître votre choix de compensation et votre adresse courriel dans un questionnaire Lime Survey qui vous sera transmis à la suite de votre entrevue.

XII. Confidentialité, conservation et utilisation des résultats :

L'accès aux données de cette recherche sera limité aux membres de l'équipe de recherche qui travailleront sur le projet (chacun signera un formulaire d'engagement à la confidentialité). La confidentialité des données recueillies dans le cadre de ce projet de recherche sera assurée conformément aux lois et règlements applicables dans la province de Québec et aux règlements et politiques de l'Université du Québec en Outaouais. Tous les renseignements recueillis demeureront donc strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi.

Les informations recueillies (notes prises durant l'entretien, enregistrements audionumérique et retranscriptions des verbatims) seront codées et dénominalisées (attribution d'un code numérique à chaque participant pour empêcher l'identification). Le fichier maître de données pour la deuxième phase sera enregistré sur le serveur du LaPProche à l'UQO, dont les locaux se situent au Campus de St-Jérôme de l'UQO. Ni les données recueillies ni les résultats de la recherche ne pourront en aucun cas mener à votre identification. Ces informations seront conservées durant 5 ans, suivant la fin du projet, sur le serveur du LaPProche à l'UQO. Après 5 ans, les fichiers informatiques sur un support numérique seront définitivement détruits en utilisant un logiciel de destruction de fichiers. Si vous avez accepté de participer à la deuxième phase de l'étude et donc fourni des données nominatives, vous pourrez, en tout temps, avoir accès à vos données au cours de cette période. Le comité d'éthique qui a évalué le projet peut d'ailleurs accéder aux données de recherche à des fins de contrôle et de vérification.

Les résultats de cette recherche déboucheront sur des publications et communications scientifiques et/ou auprès d'associations et ordres professionnels. Les résultats seront présentés de façon globale et en aucun cas les participants ne pourront être identifiés. Dans un souci de protection, le Ministère de la Santé et des Services sociaux demande à tous les comités d'éthique désignés d'exiger que le chercheur conserve, pendant au moins un an après la fin du projet, la liste des participants de la recherche ainsi que leurs coordonnées, de manière à ce que, en cas de nécessité, ceux-ci puissent être rejoints rapidement.

Feuillet d'information

**Numéro de
projet :** **MP-13-2021-2135**

(Réservé à l'administration)

XIII. Questions sur le projet et personnes-ressources :

Pour toutes questions ou informations concernant l'étude, vous pouvez communiquer avec Geneviève Piché, Ph.D., professeure à l'UQO au 450-530-7616 (poste 4069) ou par courriel au lapp@uqo.ca. Pour toute question d'ordre éthique ou concernant vos droits comme participant, vous pouvez communiquer avec le bureau de gestion des projets de recherche par courriel au bgp.recherche.ciusscn@ssss.gouv.qc.ca ou au 418-821-1746. Pour toutes plaintes à formuler, vous pouvez également vous adresser à la commissaire aux plaintes et à la qualité des services du CIUSSS de la Capitale-Nationale aux coordonnées suivantes:

Commissaire aux plaintes et à la qualité des services
CIUSSS de la Capitale-Nationale
2915, avenue du Bourg-Royal
Québec (Québec) G1C 3S2
Par téléphone : 418 691-0762
Par courriel : commissaire.plainte.ciusscn@ssss.gouv.qc.ca

Si vous travaillez au sein d'un autre CI(U)SSS et que vous souhaitez formuler une plainte relative à ce projet, veuillez-vous référer à l'annexe suivante ([Annexe des commissaires aux plaintes et à la qualité des services des CI\(U\)SSS](#)) pour obtenir les coordonnées du commissaire aux plaintes et à la qualité des services de votre organisation.

ANNEXE D

Ordre du jour et questions pour les entrevues individuelles

GUIDE DES ENTREVUES INDIVIDUELLES

Ouverture

- Mot de bienvenue
 - Présentation de l'assistante de recherche
 - Rappel des objectifs de l'entrevue
 - Obtention du consentement libre et éclairé verbal + début de l'enregistrement audio
- Mise en contexte et brève présentation des résultats de la première phase du projet « Enquête provinciale sur les pratiques de soutien en santé mentale auprès des parents-usagers et leurs familles »

Questions sur le thème 1 : les pratiques

Présentation des résultats des participants à la sous-échelle des pratiques.

- « Comment réagissez-vous face à ces résultats? C'est comment pour vous de travailler auprès d'adultes ayant un trouble mental, qui ont aussi un rôle de parent? »

Sous-questions d'approfondissement

- « Selon vous, quel est votre rôle auprès des parents-usagers? Est-ce différent que de travailler avec des adultes qui n'ont pas d'enfants? Comment adaptez-vous votre pratique? Vos suivis? »
- « Comment les besoins des parents et des enfants sont-ils pris en compte (ex. information, accompagnement) dans votre pratique ? Quel type de soutien offrez-vous à la famille dans votre pratique? »

Questions sur le thème 2 : les obstacles

Présentation des grands obstacles (facteurs organisationnels, professionnels et liés aux clients et à leur famille) et présentation des résultats au questionnaire.

- « Comment réagissez-vous face à ces résultats? À quel point ces facteurs influencent-ils vos pratiques de soutien auprès des parents-usagers et de leur famille? »

Sous-questions d'approfondissement

- « Pouvez-vous nous donner des exemples ? »
- Avez-vous l'impression que certains des obstacles soulevés ne représentent pas avec la réalité de votre pratique professionnelle et/ou de votre clientèle ?

Questions sur le sous-thème 2.1: Différences entre professionnels / facteur lié à la nature de la profession

Présentation des différences entre professionnels quant aux pratiques, milieu de travail, niveau de connaissances, intérêt à s'améliorer et croyances.

- À quel point vous êtes-vous reconnu.e comme (travailleuse sociale, psychologue, etc) dans les résultats ?

Sous-questions d'approfondissement

- « À quel point percevez-vous que la nature de votre profession influence votre manière de répondre aux besoins des enfants et familles de parents-usagers? »
- « Croyez-vous que d'autres professions aient plus tendance que vous à adopter des pratiques centrées sur la famille? Pourquoi? »

Questions sur le thème 2.2 : Secteur de service

Rappel / préambule. Comme vous avez pu le voir, plusieurs des obstacles aux pratiques de soutien envers les parents-usagers et leur famille, sont en lien avec le contexte de travail.

- Qu'en pensez-vous? Quels sont les principaux obstacles liés à votre contexte de travail? »

Sous-questions d'approfondissement

- « Comment le secteur de service (première, deuxième ou troisième ligne) dans lequel vous occupez un poste affecte-t-il votre manière de répondre aux besoins des enfants et des familles de parents-usagers ? »
- « Comment la nature du suivi du parent-usager (p.ex. à l'interne, à l'externe ou SIM) affecte-t-il votre manière de répondre aux besoins des enfants et des familles de parents-usagers? »
- À quel point la sévérité et la complexité des problématiques de vos clients affectent votre manière de répondre aux besoins des enfants et des familles de parents-usagers ?

Questions sur le thème 3 : les facteurs facilitants et les recommandations

- « De manière générale, comme professionnel de la santé, qu'est-ce qui facilite le plus votre travail auprès des parents-usagers et de leurs familles ? »

Sous-questions d'approfondissement

- « Qu'est-ce qui pourrait aider les professionnels de la santé à optimiser leurs pratiques centrées sur la famille? »
- « Quelles ressources supplémentaires seraient pertinentes ? »
- « Ou en termes de formation initiale universitaire ou formation continue ? »

Conclusion

- « Notre rencontre tire à sa fin. Voudriez-vous ajouter quelque chose? Y-a-t-il des éléments qui n'ont pas été abordés au sujet de vos pratiques centrées sur la famille et que vous aimeriez partager? »