Université du Québec en Outaouais

Étude exploratoire des facteurs d'influence des pratiques centrées sur la famille chez les psychologues 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

© Laurence CHAMPAGNE

26 mai 2026

Composition du jury

Étude exploratoire des facteurs d'influence des pratiques centrées sur la famille chez les psychologues au Québec

Par

Laurence Champagne

Cet essai doctoral a été évalué par un jury 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.

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

Thomas Saïas, Ph. D., examinateur externe, Département de psychologie, Université du Québec à Montréal.

REMERCIEMENTS

C’est avec une grande fierté et beaucoup d’émotions que je soumets cet essai doctoral. Je dédie ce travail à tous les jeunes que j’ai côtoyés et accompagnés en tant qu’éducatrice spécialisée en centre jeunesse à la DPJ. Cette expérience a profondément marqué ma vie et m’a inspirée à entreprendre cette recherche.

Je souhaite d’abord remercier infiniment ma directrice de recherche, Geneviève. Ton précieux accompagnement au fil de ces années et ta confiance en moi m’ont permis de persévérer et d’évoluer sur les plans personnel et professionnel. Tes conseils et ton savoir-être ont rendu mon expérience doctorale exceptionnelle.

Merci à ma famille, pour votre soutien constant dans les hauts comme dans les bas. Votre confiance en moi et vos mots d’amour m’ont été d’un réconfort immense. Papa, maman, je suis tellement chanceuse de vous avoir. Sans vous, rien de tout cela n’aurait été possible. Un merci spécial à ma grande sœur, Caroline, qui, par son expérience personnelle à travers le doctorat, a su m’accompagner et me faire sentir comprise. Je ne serais pas là où j’en suis aujourd’hui sans toi.

À mon amoureux, Philippe. Notre histoire d’amour a commencé au même moment que mon parcours doctoral a débuté et je ne pourrais jamais assez te remercier de m’avoir soutenu du début, à la fin. Ta présence, ta patience, ton écoute et ton empathie ont rendu cette aventure infiniment plus belle. Merci de me faire sentir aimée et spéciale à chaque jour. Je t’aime tellement.

À mes amies d’amour, du secondaire à la fin de l’université, votre présence et vos encouragements m’ont apporté un grand bien. Merci d’être là, tout simplement.

Enfin, je remercie chaleureusement le CRUJeF, l'UQO et le CRSH pour le soutien financier offert qui a rendu possible la réalisation de ce projet.

Cette aventure se termine, mais une nouvelle débute… J'ai hâte d'entamer cette prochaine étape de ma vie!

RÉSUMÉ

Introduction. Les enjeux de santé mentale parentale peuvent avoir des répercussions importantes au niveau familial. Les pratiques centrées sur la famille sont encouragées comme interventions préventives pour réduire ce risque et favoriser le rétablissement des parents. Pourtant, les psychologues rapporteraient un plus faible taux de pratiques centrées sur la famille que les autres professionnels. Cette étude examine le soutien offert par les psychologues envers les parents ayant un problème de santé mentale et leur famille, leurs pratiques de références vers des services complémentaires, ainsi que les facteurs influençant ces deux types de pratiques. **Méthodologie et méthodes.** 35 psychologues québécois ont répondu à une enquête en ligne. Une analyse par items et des analyses de régression logistiques multiples hiérarchiques ont été effectuées. **Résultats.** Les résultats soulignent que les connaissances, les compétences et la confiance perçues par les psychologues du réseau public québécois à l'égard des pratiques centrées sur la famille prédisent leurs pratiques de soutien à la parentalité, tandis que le soutien organisationnel perçu par ces derniers prédit leurs pratiques de référence. **Implications.** Ces résultats orientent les pistes de solutions pour favoriser l'augmentation de la mise en application des pratiques centrées sur la famille chez les psychologues.

Mots clés : problème de santé mentale, santé mentale parentale, enfants, professionnels, prédicteurs

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS ..... **I**
RÉSUMÉ ..... **III**
LISTE DES TABLEAUX ..... **V**
AVANT-PROPOS ..... **VI**
CHAPITRE I - ARTICLE SCIENTIFIQUE **7**
CHAPITRE II - CONCLUSION **33**
RÉFÉRENCES **35**
ANNEXE A – CONSIGNES DE LA REVUE CHOISIE **47**
ANNEXE B – ANALYSE DES ITEMS **49**
ANNEXE C – MANUEL DU FFMHPQ VERSION FRANÇAISE **54**
ANNEXE D – FORMULAIRE DE CONSENTEMENT **62**
ANNEXE F – APPROBATION ÉTHIQUE **70**

LISTE DES TABLEAUX

Table 1. *Sociodemographic characteristics of the sample of psychologists* 15
Table 2. *Hierarchical multiple linear regression to predict family and parenting support practices* 21
Table 3. *Hierarchical multiple linear regression to predict referrals practice* 23
Table 4. *Item-level analysis* 50

Avant-propos

La présente recherche s'insère dans une étude de plus grande envergure, réalisée auprès d'un échantillon de 512 professionnels offrant des services en santé mentale au Québec et visant à dresser un portrait des pratiques centrées sur la famille dans la province. Cet essai, rédigé sous forme d'article scientifique en collaboration avec Pre Geneviève Piché, vise à décrire les pratiques centrées sur la famille chez les psychologues œuvrant en santé mentale adulte dans le réseau public québécois. Cette recherche vise également à identifier les facteurs prédictifs de leurs pratiques de soutien à la parentalité et de référence vers des services complémentaires auprès des personnes ayant un problème de santé mentale et de leur famille.

Le chapitre I comprend l'article soumis à la *Revue canadienne de santé mentale communautaire*. Celui-ci propose d'abord une présentation de la problématique à l'étude et des connaissances recensées dans la littérature sur le sujet. La méthodologie employée, ainsi que les résultats des analyses réalisées y sont ensuite exposés. Enfin, les constats dégagés sont discutés à la lumière des écrits scientifiques actuels, puis les retombées théoriques et cliniques de l'étude seront abordées.

Le chapitre II présente finalement une brève conclusion portant sur les implications générales de cette recherche

CHAPITRE I - ARTICLE SCIENTIFIQUE

Family focused practices: a challenge for mental health psychologists?

Canadian Journal of Community Mental Health (soumis, avril 2026)

Laurence Champagne[1,2,3] et Geneviève Piché[1,2,3]

1 Département de psychoéducation et de psychologie, Université du Québec en Outaouais

2 Centre de recherche universitaire sur les jeunes et les familles (CRUJeF)

3 Laboratoire de recherche et d'actions pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale et leurs proches (LaPProche)

Abstract

Introduction. Parental mental health issues can have significant repercussions at the family level. Family-focused practices are encouraged as preventive interventions to reduce this risk and promote parents' recovery. However, psychologists reportedly engage in fewer family-focused practices than other professionals. This study examines the support provided by psychologists to parents experiencing mental health problems and their families, their referral practices toward complementary services, as well as the factors influencing these two types of practices. **Methodology and Methods.** Thirty-five psychologists from Quebec completed an online survey. An item-level analysis and hierarchical multiple logistic regression analyses were conducted. **Findings.** The findings highlight that psychologists' perceived knowledge, skills, and confidence regarding family-focused practices predict their parenting support practices, whereas perceived organizational support predicts their referral practices. **Implications.** These findings provide avenues for promoting the greater implementation of family-focused practices among psychologists.

Keywords: mental illness, parental mental illness, children, professionals, predictors

Introduction

In Canada, 12.1% of children under the age of 12 live with a parent who reported having a mental illness (Bassani et al., 2009). Internationally, studies suggest that 10 to 20% of children live with a parent affected by mental health issues and between 25 and 36% of adults with a psychiatric disorder are parents (Havelková et al., 2023). Parenting while experiencing mental health challenges can be demanding, as symptoms can affect parents' well-being and overall family functioning (Harries et al., 2023; Oakes et al., 2023; Reupert et al., 2021). These symptoms can interfere with the establishment of consistent discipline, routines, and clear boundaries for children (Harries et al., 2023; Oakes et al., 2023). Some parents may experience limitations in their ability to meet their children's needs, both emotional and physical (Harries et al., 2023; Oakes et al., 2023). From the children's perspective, having a parent with a mental illness can impact multiple domains of their functioning, including social, psychological, and familial aspects (Gladstone et al., 2011; Uher et al., 2023; Yamamoto & Keogh, 2018). For example, the literature indicates that children often experience feelings of loneliness, fear, and anxiety (Piché et al., 2024a; Yamamoto & Keogh, 2018). Additionally, they may experience academic difficulties, including difficulty concentrating in class and decreased academic performance (Yamamoto & Keogh, 2018). At the family level, parental mental illness may contribute to family difficulties, such as increased conflict between parents and divorce, which may, in turn, affect children and their relationship with their parent (Yamamoto & Keogh, 2018). Furthermore, children of parents with mental illness are at increased risk of developing a mental disorder themselves (Rasic et al., 2014; Uher et al., 2023). This increased prevalence has been documented in the literature, with rates of 55% among children whose parents have bipolar or

anxiety disorders, 51% among those whose parents have depressive disorders, and 38% among those whose parents have substance use disorders (Uher et al., 2023).

These findings regarding the potential adverse effects of parental mental illness on children, as well as their increased risk of developing a mental disorder themselves, further underscore the importance of supporting children and families affected by parental mental illness, as highlighted in the scientific literature (Ong et al., 2021; Reupert et al., 2022) and public policies (Gouvernement du Québec, 2021a; Ministère de la Santé et des Services sociaux., 2022). This emphasis on supporting families and significant others reflects recent shifts in how recovery is conceptualized. Over the past several years, approaches have evolved from a symptom-based medical model to a person-centered perspective focused on the individual and their subjective experience of illness (Stacey & Stickley, 2012; Swords & Houston, 2020; Swords & Houston, 2023), and more recently toward a relational recovery framework (Price-Robertson et al., 2017). This framework suggests recovery as multifaceted, extending beyond personal and occupational domains to including parenting and family relations (Commission de la santé mentale du Canada, 2015; Price-Robertson et al., 2017; Wyder et al., 2022), emphasizing the importance to acknowledge the concerns of the parent and family members, offer support, and refer them to specific services as needed (Commission de la santé mentale du Canada, 2015; Reupert et al., 2022; Sherman & Hooker, 2018).

While professionals are encouraged to support parents with mental illness and their families, and most agree on the importance of doing so, results of past studies underline their limited engagement in providing psychological education to children of parents with mental illness, discussing parenting roles and children's needs with parents, and assessing children's needs

and well-being (Dunn et al., 2022; Gatsou et al., 2016; Grant et al., 2018; Piché et al., 2024b). Furthermore, professionals report that they do not regularly refer parents in their caseload for parenting support services or family members to support groups or individual psychosocial services, even when needed (Gatsou et al., 2016; Piché et al., 2024b).

Among all professionals, psychologists hold a pivotal position to engage in a family-focused approach, as they are among the most consulted mental health professionals in Canada (Fleury et al., 2012). A recent study found that, among 2,853 participants, more than 26.5% named psychologists as the health professionals they would trust most to help them with a mental illness, compared with 21.6% who identified psychiatrists and 20.3% who identified family doctors (Canadian Psychological Association, 2021). In addition, the Quebec government urges psychologists to carry out interventions to foster psychological health of a person in interaction with his environment (Gouvernement du Québec, 2021b). Paradoxically, studies suggest psychologists provide less direct family support and fewer referrals to other relevant services than other professionals (Laser et al., 2024; Piché et al., 2023; Skogøy et al., 2019).

Across the literature, professionals' perceptions of workplace support for providing assistance to family members and fulfilling their professional role, as well as their attitudes and beliefs toward family-focused practices (Gregg et al., 2021; Tuck et al., 2022), have been identified as factors that may influence their engagement with families. Beyond these individual-level factors, institutional boundaries structuring mental health services could also shape psychologists' implementation of FFP. At the institutional level, the separation of adult and child mental health services in Quebec can pose challenges to the implementation of an integrated family-focused model of care by limiting collaboration and coordination across services and professionals (Stolper et al., 2022). Adult mental health professionals often work within service

structures centered on the individual patient, whereas the needs of children and families may fall under the responsibility of youth, family, educational, or community services. As a result, psychologists may face uncertainty regarding the extent of their responsibilities toward patients' children, potentially limiting the integration of family-focused practices. Gregg et al. (2021) highlighted the influence of professional roles on the implementation of family-focused practices. Some professionals, including a psychologist, perceived these practices as falling primarily within the role of social workers or physicians, while viewing their own role as more individually focused (Gregg et al., 2021). A recent qualitative study supports this finding, highlighting psychologists' tendency to perceive their role as primarily focused on the individual treatment of the patient, rather than on involving family members in care (Ballick, 2025). The separation of services may further contribute to a lack of clarity regarding professional roles and responsibilities towards children and families (Ballick, 2025; Gregg et al., 2021). In this regard, Laser et al. (2024) suggested that child and adolescent-focused services, as well as the professionals working within them, may be more likely to promote family-focused practices and systemic work with families than other types of services, particularly adult mental health services, which tend to be more oriented toward the individual treatment of the patient (Landry, 2023). Such fragmentation can make it more difficult to consider the needs of the family system as a whole, as well as those of individual family members. Taken together, these barriers may limit the implementation of FFP.

However, to date, no study has systematically examined predictors of psychologists' family-focused practices (FFP) in public adult mental health services. This represents a critical gap, as identifying these factors is essential to enhance psychologists' contributions to family needs. This study addresses this gap by describing the family-focused practices of Quebec

psychologists working in public adult mental health services and by identifying the factors associated with their support and referral practices.

Methodology and methods

Design

This exploratory descriptive study is based on secondary data from a Quebec survey conducted in 2021-2022 (Piché et al., 2023) and has been approved by the Research Ethics Committee (REC) (#2024-3170) of the University of Quebec in Outaouais (UQO).

Initial recruitment for the Quebec survey took place from 2021 to 2022. Recruitment was conducted in 17 regions of Quebec (Canada) among French-speaking professionals working in public adult mental health services. To be eligible, participants had to 1) work with patients aged 65 and under with a mental health illness, 2) be in direct contact with them, and 3) have a sufficient level of French comprehension to be able to understand and complete the questionnaire. The only exclusion criterion was working exclusively with children with mental illness. The total sample for the study consisted of 512 individuals. More information about the survey can be found in other publications (Piché et al., 2023; Piché et al., 2024b; Piché et al., 2024c).

This study focuses on the subsample of psychologists from the Quebec survey. To be included in the study, participants had to 1) be members of the Quebec Order of Psychologists and/or 2) a postgraduate doctorate in psychology.

Participants

The final sample consisted of 35 psychologists working in CISSS/CIUSSS (CIUSSS) (26 women, 9 men), aged between 29 and 68 (M = 44.38, SD = 10.48) (Table 1). The psychologists in

the sample had an average of 14 years of experience working with adult patient (M = 14.26), and almost half worked in primary care settings (48.60%). 34.30% of the participants worked in secondary/tertiary care, and 17.10% worked in primary, secondaire and tertiary care. The majority of participants had a doctoral degree (65.70%), worked full-time (74.30%), and practiced in an urban setting (60%). More than half of participants worked in jobs without a specific clinical role with families or children and 60% of the participants had not received training on working with children or families in the past five years.

Table 1.

Sociodemographic characteristics of the sample of psychologists

Continuous variables	**Sample (N = 35)**
	M (*SD*)
Age in years[a]	44.38 (10.48)
Years working with adult mental health patients	14.26 (8.70)
Patients with one or more children (%)	45.52 (21.04)
Categorical variables	N (%)
Gender	
Male	9 (25.70)
Female	26 (74.30)
Type of services	
Primary care	17 (48.60)
Secondary/tertiary care	12 (34.30)
Primary, secondary, and tertiary care	6 (17.10)
Work setting	
Rural	7 (20.00)
Urban	21 (60.00)
Rural and urban	7 (20.00)
Employment status	
Full-time	26 (74.30)
Part-time	9 (25.70)
Highest academic degree	
Master's degree	12 (34.30)
Doctoral degree	23 (65.70)
Training received in the past 5 years: interventions with children or families	
Yes	13 (37.10)
No	21 (60.00)
Having held a clinical position involving work with families or children	
Yes	15 (42.90)
No	20 (57.10)

Note. [a] Age was reported for 34 participants

Measures

First, participants provided information about their personal, professional, and family background. Information was also collected on their training, clinical role, experiences with mental illness, and parenting. To control for potential confounding factors, years of experience working with adult mental health patients was included as a covariate (M = 14.25, SD = 8.70). Experience ranged from 2 to 35 years.

Family-focused practices were measured using the FFMHPQ-FR (Piché et al., 2024c), the French version of the Family Focused Mental Health Practice Questionnaire (Maybery et al., 2012). This 42-item questionnaire initially includes five subscales assessing professionals' family-focused practices and their facilitating and hindering factors. Items use a 7-point Likert scale (1 = strongly disagree to 7 = strongly agree). Its strong psychometric properties were confirmed through exploratory and confirmatory analyses (α = .61 to .89) (Piché et al., 2024c). Cronbach's alpha coefficients are reported based on the original validation study.

Family-focused practices. Nine items from the FFMHPQ-FR were specifically used to assess professionals' family-focused practices. Within the nine items, an exploratory factor analysis (MPlus, GEOMIN rotation, ML estimator; N = 512) identified two subscales. Assumptions were met regarding sample size, inter-item correlations, and data distribution (Field, 2013).Item distributions were generally acceptable, although Item 1 showed greater skewness and kurtosis than the other items. The 'Parenting and Family support' subscale (5 items, α = .79) assesses direct support for parenting skills and family functioning through items such as (e.g., "I regularly check whether patients are able to meet the socio-emotional needs of their children"; "I provide written materials (e.g., education, information) about parenting to patients"; "I do meet with parents and families in the course of my employment (not family therapy)." The Referrals

subscale (3 items, α = .84), measures practices for connecting families to external support programs through items such as "I refer patients to parent-related programs (e.g., parenting skills)" (Piché et al., 2024c).

Workplace support. This variable was measured using twelve items assessing professionals' perceptions of organizational support for their family-focused practices (e.g., "My workplace provides supervision to support professionals who help users with their parenting role"; "It is difficult to refer patients to parenting support programs (e.g., absence, inaccessibility)"; "Professional development regarding family-centered practice is not encouraged at my workplace"). Scores were averaged across items, after adjusting for reverse items (higher scores = greater perceived support). The scale showed good internal consistency (α = .87) (Piché et al., 2024c).

Professional's perceived skills, knowledge and confidence. This variable was measured using 13 items assessing professionals' confidence in their skills for working with patients and their families (e.g., "I am not confident working with patients about their parenting skills"; "I do not have the skills to help patients recognize the possible impact of their mental illness on their children and families"; "I do not have enough confidence in my professional skills to work with the families of patients"). Scores were averaged across items, after adjusting for reverse items (higher scores = greater confidence in abilities). The scale demonstrated good reliability (α = .89) (Piché et al., 2024c).

Openness to improve FFP. This variable was measured using five items assessing professionals' motivation to enhance their family-focused skills (e.g., "I sometimes wish that I was better able to help parents discuss the impact of their mental illness on their children"; "I should learn more about how to assist patients about their parenting role"; "I would like to undertake

future training to improve my professional skills to work with the children of patients"). Scores were averaged across items (higher scores = greater openness to improving practice). The scale yielded good internal consistency (α = .82) (Piché et al., 2024c).

Attitudes and beliefs towards FFP. This variable was measured using three items assessing professionals' beliefs about the relevance of family-focused practices (e.g., "No matter the level of severity or type of illness of the patients, use of a family-centered practice is always relevant," "Use of a family-centered practice is irrelevant when there is no risk of violent or suicidal behavior in a patient," and "Adopting a family-centered practice is always relevant, regardless of the age of the children of the patients"). Scores were averaged across items, after adjusting for the reverse items (higher scores = more positive attitudes toward family-focused practices). The scale presented acceptable internal consistency (α = .61) (Piché et al., 2024c).

Data analysis

The analyses were performed using IBM SPSS Statistics 29.0 software (IBM Corp, 2020) based on data from the 35 participating psychologists. Missing values were imputed to the mean, and univariate outliers were handled by truncation at the 2nd and 98th percentiles. Assumptions (multicollinearity, homoscedasticity, etc.) were met except for sample size, which was modest (Pallant, 2010).

Descriptive statistics were first calculated for all study variables, including means, standard deviations, and ranges for continuous variables and frequency distributions for categorical variables. Exploratory one-sample t-tests were performed to compare individual item scores against subscale means, a negative mean difference indicated that an item was rated below the global mean, whereas a positive mean difference indicated that it was rated above the global mean.

Two hierarchical multiple logistic regressions were performed to assess prediction of 1) parenting and family support practices, and 2) referral practices, on the basis of four independent variables: workplace support, perceived skills, knowledge and confidence, attitudes and beliefs toward FFP, openness to improve their practice. These variables were selected based on significant correlations with family-focused practices ($p < .05$), prior literature supporting their relevance, and exclusion of strongly intercorrelated variables. Years of experience in adult mental health settings was included as a control variable.

Results

Item-level analysis

Among self-reported family-focused practices items, those with significantly higher mean scores than the overall average were assessing whether adult patients have children ($M = 6.37$, 95% CI [6.05, 6.70], $\Delta^2 = 1.75$, $p < .001$) and checking parents' ability to meet children's socio-emotional needs ($M = 5.40$, 95% CI [4.94, 5.86], $\Delta^2 = 0.77$, $p < .001$). Conversely, items with significantly lower mean scores were providing written materials about parenting to patients ($M = 3.20$, 95% CI [2.60, 3.80], $\Delta^2 = -1.43$, $p < .001$) and referring spouses to specific support services ($M = 3.91$, 95% CI [3.22, 4.61], $\Delta^2 = - 0.71$, $p < .05$).

Among items on perceptions of workplace support, only one item was significantly higher than the overall average: colleagues' encouragement to support parents with a mental health illness and their families ($M = 4.25$, 95% CI [3.72, 4.78], $\Delta^2 = 1.04$, $p < .001$). Only one item was significantly lower than the average mean score: workplace supervision around family-focused practices ($M = 2.52$, 95% CI [1.90, 3.13], $\Delta^2 = –0.70$, $p < .05$).

Among the Perceived knowledge, skills, and confidence items, those with significantly higher mean scores than the overall average were knowledge about how parental mental illness

impacts families (M = 5.57, 95% CI [5.12, 6.02], Δ^2 = 0.71, p < .01), and the ability to determine the importance that parents place on maintaining good relationships between their children and other family members (M = 5.46, 95% CI [5.19, 5.73], Δ^2 = 0.60, p < .001). Conversely, items with significantly lower mean scores were the ability to determine the developmental progress of parents' children (M = 4.15, 95% CI [3.56, 4.73], Δ^2 = -0.72, p < .05), and experience working with parents' children (M = 3.85, 95% CI [3.13, 4.57], Δ^2 = -1.01, p < .01).

No items on the 'Openness to improving their practice' scale showed significant differences in mean scores. Among the 'Attitudes and beliefs toward FFP' items, only one item was significantly higher mean scores than the overall average: the perceived relevance of offering family support to parents regardless of risk of violence or self-harm (M = 6.51, 95% CI [6.27, 6.76], Δ^2 = 1.03, p < .001). Conversely, only one item was significantly lower mean scores: the perceived relevance of offering family support regardless of the severity or type of illness of the parent (M = 4.74, 95% CI [4.19, 5.29], Δ^2 = -0.75, p < .01).

Predictors of family and parenting support practices

The results of the regression model predicting family and parenting support practices are presented in Table 2.

Block 1. The first step was significant F(1, 33) = 5.99, p = .02, explaining 15 % of the variance (adjusted R^2 = .13). Years of experience in adult mental health significantly predicted family-focused practices (β = .39, p = .02).

Block 2. At the second step, skill, knowledge and confidence in FFP (β = .36, 95% CI [.04, .81]; p = .032) significantly contributed to the proportion of variance accounted for (F(5, 29) = 4.33, p = .005). Overall, the final model explained an additional 27% of the variance in family-

focused practices, for a total of 43 % (adjusted R^2 = .33). Specifically, the more psychologists perceived a high level of skill, knowledge and confidence in FFP, the higher was their score of family and parenting support practices. Other variables were not significantly associated with family-focused practices. Years of experience in adult mental health, which significantly predicted family-focused practices in the first step, did not remain significant in the second step.

Table 2.

Hierarchical multiple linear regression to predict family and parenting support practices

		95% CI for *B*					
Variables	*B*	*LL*	*UL*	*SE B*	*β*	R^2	ΔR^2
Bloc 1						.15	.15*
Constant	3.57***	2.76	4.37	0.40			
Years of experience in mental health	0.059*	0.01	0.11	0.02	.39*		
Bloc 2						.43	.27*
Constant	-1.12	-4.36	2.12	1.59			
Years of experience in mental health	0.04	-0.01	0.09	0.02	.27		
Workplace support for FFP	0.24	-0.20	0.68	0.21	.19		
Skill, knowledge and confidence in FFP	0.42*	0.04	0.81	0.19	.36*		
Attitudes and belief towards FFP	0.28	-0.23	0.79	0.25	.21		
Openness to improve FFP	0.12	-0.32	0.55	0.21	.10		

Note. Years of experience in mental health = control variable
CI = confidence interval; LL = lower limit; UL = upper limit
*p < .05, **p < .01, ***p < .001

Predictors of referrals practices

The results of the regression model predicting referral practices are presented in Table 3.

Block 1. The first step was significant ($F(1, 33) = 9.04$, $p = .005$), explaining 22% of the variance (adjusted $R^2 = .19$). Years of experience in adult mental health significantly predicted referral practices ($\beta = .46$, $p = .005$).

Block 2. At the second step, perceived workplace support ($\beta = .64$, 95% CI [.14, 1.14]; $p = .015$) significatively contributed to the proportion of variance accounted for ($F(5, 29) = 5.55$, $p = .001$, adjusted $R^2 = .40$). Overall, the final model explained an additional 27% of the variance in family-focused practices, for a total of 49%. Specifically, the more psychologists perceived a high level of workplace support, the higher was their score of referral practices. Other variables were not significantly associated with family-focused practices. Years of experience in adult mental health, which significantly predicted family-focused practices in the first step, remained, as the control variable, significant in the second step.

Table 3.

Hierarchical multiple linear regression to predict referrals practices

Variables	*B*	95% CI for *B*		SE B	*β*	R^2	ΔR^2
		LL	*UL*				
Bloc 1						.22	.22**
Constant	3.15***	2.21	4.10	0.46			
Years of experience in mental health	0.08	0.03	0.14	0.03	.46		
Bloc 2						.49	.27*
Constant	-2.92	-6.63	0.78	1.81			
Years of experience in mental health	0.08**	0.03	0.13	0.03	.44**		
Workplace support for FFP	0.64*	0.14	1.14	0.24	.42*		
Skill, knowledge and confidence in FFP	0.35	-0.09	0.79	0.22	.25		
Attitudes and belief towards FFP	0.05	-0.53	0.64	0.29	.03		
Openness to improve FFP	0.41	-0.09	0.91	0.24	.28		

Note. Years of experience in mental health = control variable
CI = confidence interval; LL = lower limit; UL = upper limit
*$p < .05$, **$p < .01$, ***$p < .001$

Discussion

This study examined family-focused practices among psychologists and explored predictors of family and parenting support, as well as referral practices. The results provide a better understanding of the extent to which psychologists adopt FFP and the factors that influence their use.

Family-focused practices

First, our results suggest that psychologists generally report systematically identifying the parental status of their patients. This contrasts with international studies, which suggest that only about one quarter (Dunn et al., 2022) to half (Lauritzen et al., 2015) of adult mental health professionals routinely inquire about patients' parental status. Several authors have argued that the lack of clear policies and guidelines may contribute to substantial variability across services (Maybery & Reupert, 2009). One possible explanation for this discrepancy may lie in the broader policy context in Quebec, including initiatives such as the development of a continuum-of-care model that emphasizes family-focused practices encompassing prevention, referral to appropriate services based on individuals' needs, and recovery (Gouvernement du Québec, 2021a; Ministère de la Santé et des Services sociaux., 2022). Beyond these provincial policy initiatives, the broader professional and regulatory framework may also contribute to these findings. A qualitative study conducted in Quebec found that psychologists viewed inquiries regarding parental and family circumstances as a routine component of their initial assessment, which is mandatory under their Professional Code (Ballick, 2025).

Second, our results also suggest that psychologists generally report verifying whether parents are able to meet their children's needs. This finding is consistent with Grant et al. (2018), who noted that mental health professionals frequently assess the needs of parents and children, and attend to children's safety and well-being (Grant et al., 2018). Dalton et al. (2024), however, reported that discussions about children are often centered on risk and protection rather than on children's emotional experiences related to parental mental illness. Although our study did not directly assess the content of these discussions, the prominence of need and safety related practices among participants may suggest a similar emphasis.

A Quebec study examined this issue in greater depth among psychologists in Quebec (Ballick, 2025). This study highlighted that psychologists implemented measures to assess children's well-being and safety. When needed or when in doubt, psychologists also reported collaborating with colleagues regarding the need to make a report to child protection services. However, beyond these practices, psychologists reported very little, if any, direct contact with the children of parent-patients (Ballick, 2025). Although considerable importance was placed on children's safety, the lack of direct contact with children could limit the exploration of their broader needs.

Like previous studies (Maybery et al., 2014; Skogøy et al., 2019), our results show that psychologists often lack confidence in working with families and children, feel less able to assess their patients' children's development and report limited child-related experience, despite a level of knowledge of parental mental illness effects on families. Correspondingly, their actual family-focused practices remain modest. Psychologists in this study report engaging only scarcely (e.g., giving written material on parenting; referring partners) to moderately (e.g., discussing parenting

strategies, referring children to support services) in such practices, which is consistent with prior findings of limited family support and few referrals to other relevant services (Ballick, 2025; Laser et al., 2024; Skogøy et al., 2019; Tungpunkom et al., 2017). This observed gap between knowledge and practices suggests that factors beyond knowledge alone may influence the implementation of family-focused practices. Structural, organizational, and professional mandate-related factors may partly explain this discrepancy. As discussed above, some qualitative findings suggest that psychologists working in adult mental health services perceive their mandate as primarily focused on the individual patient's mental health needs (Ballick, 2025). However, the present findings indicate generally favorable attitudes toward family-focused practice and a strong interest in further training. Together, these findings suggest that the limited implementation of family-focused practices may be related less to professionals' openness to such practices than to their perceived competence, access to training opportunities, and constraints associated with the adult mental health care context.

Furthermore, our results suggest that psychologists perceive a lack of formal supervision to support them in addressing parenting issues, even though they feel encouraged by coworkers to engage in family-focused practices. This pattern generally converges with existing work showing that psychologists tend to be less satisfied than other professionals with the organizational support they receive for family-focused practice (Grant et al., 2018; Laser et al., 2024; Piché et al., 2023). Laser et al. (2024) suggest that child and adolescent focused services, as well as the professionals and managers working within them, may be more likely to promote family-focused practices and systemic work with families than adult mental health services, which tend to adopt a narrower and more individually focused approach to treatment. This

tension may reflect broader differences in how responsibilities toward families are distributed across adult and youth mental health services. While child and youth services have traditionally incorporated family involvement as a central component of care, adult mental health services have historically prioritized the assessment and treatment of the individual patient (Stroul et al., 2010; Tuck et al., 2022). Consequently, psychologists may recognize the relevance of family-focused practices and express interest in implementing them, yet encounter organizational contexts in which expectations, supervision, and professional roles remain primarily oriented toward individual treatment.

Predictors of family, parenting support and referral practices

Perceived skills, knowledge, and confidence emerged as the only significant predictor of family and parenting support practices among participating psychologists. No other independent variables were significant. This result converges with prior research across professional groups (Grant et al., 2018; Grant et al., 2019; Maybery et al., 2016; Skogøy et al., 2019). Notably, psychologists reported high knowledge of parental mental illness effects on families, suggesting that translating knowledge into practical skills, through targeted training, could enhance family-focused practices.

Organizational support was the sole predictor of referral practices. This finding aligns with prior studies showing that service availability (Grant et al., 2019; Maybery et al., 2016) and workplace support (Grant et al., 2018) drive referrals, positioning organizational factors as fundamental to family-focused care (Maybery & Reupert, 2009).

The findings may be considered within a wider context involving organizational and structural challenges related to Quebec's public healthcare system and psychologists' practice within this system. The fact that referrals depend on organizational support suggests that FFP partly relies on services' capacity to collaborate and establish connections with other resources. Also, limitations observed in family-focused practices may not stem solely from individual competencies, but also from how responsibilities related to parenting and children are distributed across adult mental health, youth, and family services. These issues have been highlighted in the international literature, but also more specifically among psychologists in Quebec (Ballick, 2025). Psychologists working in Quebec adult mental health services described their primary mandate as the individual treatment of the patient's mental health disorder, which could limit the recognition of broader family-related issues (Ballick, 2025). In this regard, Grant et al. (2018) highlighted that professionals working in adult mental health services had limited knowledge of children's needs and lacked clarity regarding their roles and responsibilities in working with families, which led them to transfer these responsibilities to other professionals (Grant et al., 2018). These organizational and contextual factors should therefore be considered when interpreting psychologists' family-focused practices and when reflecting on strategies to further support the implementation of FFP.

Strengths and limitations of the study

The study presents several methodological strengths. First, it used the FFMHPQ-FR, a validated French questionnaire that has been specifically validated in a Quebec sample (Piché et

al., 2024c). Years of professional experience was also included as a control variable to reduce potential confounding and strengthen internal validity.

Some limitations must be noted. First, its exploratory nature and modest sample size limit generalizability and call for replication with larger, more diverse samples. Second, reliance on self-report questionnaires may introduce social desirability bias and does not allow direct observation of clinical practices. Finally, findings are specific to psychologists working in Quebec public adult mental health services and cannot be generalized to private practice, community settings, or youth services, where family-focused practices and their predictors have been shown to differ (Grant et al., 2018; Skogøy et al., 2018). As discussed above, psychologists working in Quebec's public healthcare system have faced various structural, organizational and professional challenges for several years (Couturier, 2023). The findings of the present study, which were obtained from a sample of psychologists working in the public sector, may therefore partly reflect the specific constraints inherent to this practice context. Furthermore, it is possible that different findings would be observed across practice settings. This possibility was highlighted by Landry et al. (2023), who identified the community-based professional as the participant reporting the highest use of family-focused practices compared with professionals working in private and public settings.

Future studies should investigate family-focused practices among private-sector and youth-service psychologists. In addition, a qualitative exploration, through interviews with psychologists, could provide valuable additional information on the factors influencing family-focused practices among psychologists (Curry et al., 2009; Regnault et al., 2017).

Implications for practice

Our findings reveal a gap between psychologists' knowledge of parental mental illness effects on families and their reported family-focused practices, despite broad awareness of intergenerational transmission risks (Rasic et al., 2014; Thorup, 2024; Uher et al., 2023). This discrepancy demands targeted, multi-level interventions to translate evidence into routine practice.

Graduate training programs would benefit from incorporating family-focused competencies across all curricula, irrespective of adult versus child specialization. Adult-focused psychologists' reported lack of confidence and limited child-related experience likely stem from training programs structured around clientele type, which provide minimal child assessment exposure (Ordre des psychologues du Québec, 2015), compounded by the past 20 years' increased use of cognitive-behavioral approaches, which has reduced exposure to systemic and family perspectives (Jaimes et al., 2015; Kalogeropoulos et al., 2018). Recent data confirm this gap; among 193 psychiatrists and psychologists, 50% reported lacking child work experience, and 36.8% lacked formal child training (Havelková & Havelka, 2025). Evidence-based models such as the EASE framework (Engage, Assess, Support, Educate) (Foster et al., 2019) could be taught using diverse methods such as lectures, case studies, and role-plays, and has shown their efficacy to improve knowledge and confidence (Foster et al., 2025).

Consistent with previous recommendation, public mental health services are encouraged to adopt clear organizational policies that support routine parental status identification and the assessment of family context at the initial point of contact. Quebec's continuum-of-care model provides a precedent (Gouvernement du Québec, 2021a) but requires wider adoption across adult

mental health settings. Services could adopt brief, validated screening tools (e.g., 2-item parental status questions) integrated into electronic health records, triggering automatic family assessment protocols when positive.

Workplaces should prioritize active support, encouragement, along with adequate supervision and training for professionals (Eassom et al., 2014; Nicholson et al., 2025). Practical recommendations include weekly or monthly family-focused supervision by qualified experts (Bradley & Becker, 2021; O'Neill et al., 2022), and co-development groups between adult and youth service psychologists to foster skills and confidence in their ability to support families (Zegwaard et al., 2024).

Several recommendations proposed for adult mental health professionals could be applied by psychologists in Quebec in their daily practice. First, the use of a sociocultural questionnaire at the beginning of treatment could provide additional insight into the patient's background (Alegría et al., 2012) and allow information regarding parental status to be documented and retained in the clinical record. As part of their initial assessment process, psychologists could include questions related to the patient's parental role and explore the potential impact of psychological difficulties on their children, even when this is not the primary reason for seeking treatment. In addition, a list of resources, including community services, helplines, and more specialized services for children and families, could be provided to clients at the beginning of treatment, allowing them to refer to these resources as needed and revisit them with their psychologist throughout treatment.

As highlighted in previous studies, inter-agency collaboration and the clarification of professional roles and mandates should be prioritized. Piché et al. (2023) emphasize the

importance of raising awareness among managers across different mental health services regarding the roles and responsibilities that professionals should assume to foster the adoption of family-focused practices (Piché et al., 2023). Grant et al. (2018) also emphasized on the importance of greater collaboration across services along with a clearer definition of each professional's role. Reupert et al. (2022) provide several concrete recommendations to facilitate the achievement of these objectives. These include providing detailed descriptions of the roles and expectations of each professional across different services, as well as implementing guidelines and models to facilitate and guide communication and collaboration with other services (Reupert et al., 2022).

Conclusion

This study underscores key barriers to family-focused practices among psychologists, identifying perceived skills and organizational support as pivotal determinants of parenting support and referral behaviors. These findings extend prior understandings of family-focused practices implementation within the workforce. Accordingly, by targeting these predictors, clinical training programs and workplaces could drive meaningful improvements in parenting support and referral practices.

*This article has been translated with the help of artificial intelligence (AI)

CHAPITRE II - CONCLUSION

Pour conclure, cet essai doctoral visait à approfondir les connaissances relatives aux pratiques centrées sur la famille chez les psychologues travaillant en santé mentale adulte dans le réseau public québécois et à identifier les facteurs prédicteurs de leurs pratiques centrées sur la famille, soit les pratiques de soutien à la famille et à la parentalité, ainsi que les pratiques de référence.

Les analyses suggèrent que les psychologues perçoivent un faible soutien du milieu de travail concernant la supervision clinique liée aux pratiques centrées sur la famille, ainsi qu'un sentiment de compétence et une expérience plus limités relativement à l'évaluation et au travail auprès des enfants des parents-usagers. Ces résultats convergent avec la littérature, qui soulève chez les psychologues une insatisfaction à l'égard du soutien organisationnel ainsi qu'un manque de confiance et d'expérience auprès des familles, des parents et des enfants, comparativement à d'autres professionnels (Grant et al., 2018; Laser et al., 2024; Maybery et al., 2014; Piché et al., 2023; Skogøy et al., 2019). De plus, dans le même sens que la littérature scientifique, le niveau de connaissances, compétences et confiance perçues par les psychologues par rapport à la manière de soutenir les familles, prédit positivement leurs pratiques de soutien à la famille et à la parentalité (Grant et al., 2018; Grant et al., 2019; Maybery et al., 2016; Skogøy et al., 2019). Le soutien du milieu de travail apparaît également comme un facteur essentiel pour favoriser les pratiques de référence des familles vers des services complémentaires.

Dans l'ensemble, ces résultats contribuent à une meilleure compréhension des facteurs susceptibles d'influencer l'utilisation des pratiques centrées sur la famille chez les psychologues. Ses retombées sont à la fois fondamentales et appliquées et permettent de combler un manque de connaissances sur le sujet dans la littérature. Enfin, ces constats soulignent l'importance de mettre en place des interventions ciblées à plusieurs niveaux afin de favoriser le transfert des connaissances vers la pratique courante.

RÉFÉRENCES

Alegría, M., Katz, A., Ishikawa, R. Z., Diaz-Linhart, Y., Valentine, A., & Lapatin, S. (2012). The role of sociocultural information in mental health intake sessions. *Isr J Psychiatry Relat Sci*, *49*(3), 194-201.

Ballick, C. (2025). *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* Gatineau. https://di.uqo.ca/id/eprint/1871/1/Ballick_Camille_Essai3e_2025_1A.pdf

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 and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, *3*(1), 6. https://doi.org/10.1186/1753-2000-3-6

Bradley, W. J., & Becker, K. D. (2021). Clinical Supervision of Mental Health Services: A Systematic Review of Supervision Characteristics and Practices Associated with Formative and Restorative Outcomes. *Clin Superv*, *40*(1), 88-111. https://doi.org/10.1080/07325223.2021.1904312

Canadian Psychological Association. (2021). *Strong majority of Canadians want improved access to psychologists - National Survey summary.* . https://cpa.ca/docs/File/Media/CPA%20Access%20to%20Services%20CPA%20CPAP%20Nanos%20with%20tabs.pdf

Commission de la santé mentale du Canada. (2015). *Guide de référence pour des pratiques axées sur le rétablissement*. https://www.mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/drupal/MHCC_RecoveryGuidelines_FRE_0.pdf

Curry, L. A., Nembhard, I. M., & Bradley, E. H. (2009). Qualitative and mixed methods provide unique contributions to outcomes research. *Circulation*, *119*(10), 1442-1452. https://doi.org/10.1161/circulationaha.107.742775

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 [Original Research]. *Frontiers in Psychiatry*, *Volume 15 - 2024*. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1463823

Dunn, A., Startup, H., & Cartwright-Hatton, S. (2022). Adult mental health service engagement with patients who are parents: Evidence from 15 English mental health trusts. *British Journal of Clinical Psychology*, *61*(2), 335-348. https://doi.org/10.1111/bjc.12330

Eassom, E., Giacco, D., Dirik, A., & Priebe, S. (2014). Implementing family involvement in the treatment of patients with psychosis: a systematic review of facilitating and hindering factors. *BMJ Open*, *4*(10), e006108. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006108

Fleury, M.-J., Grenier, G., Bamvita, J.-M., Perreault, M., & Caron, J. (2012). Determinants of the Utilization of Diversified Types of Professionals for Mental Health Reasons in a Montreal (Canadian) Catchment Area. *Global Journal of Health Science*, *4*(3). https://doi.org/10.5539/gjhs.v4n3p13

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. *Int J Ment Health Nurs*, *28*(1), 351-360. https://doi.org/10.1111/inm.12535

Foster, K., Jacob, S., Maybery, D., Reupert, A., McGaw, V., Isobel, S., Dunn, A., Piché, G., Grant, A., McGilloway, S., & Boardman, J. M. (2025). Proof-of-Concept Evaluation of

EASE© Family-Focused Education With Undergraduate Nursing Students. *Int J Ment Health Nurs*, *34*(6), e70201. https://doi.org/10.1111/inm.70201

Gatsou, L., Yates, S., Hussain, S., Barrett, M., Gangavati, S., & Ghafoor, R. (2016). Parental mental illness: incidence, assessment and practice Lina Gatsou and colleagues report on an audit that highlights a gap in services for children and families with a parent who has a mental illness. *Mental Health Practice*, *19*(5), 25-27. https://doi.org/10.7748/mhp.19.5.25.s18

Gladstone, B. M., Boydell, K. M., Seeman, M. V., & McKeever, P. D. (2011). Children's experiences of parental mental illness: a literature review. *Early intervention in psychiatry*, *5*(4), 271-289. https://doi.org/10.1111/j.1751-7893.2011.00287.x

Gouvernement du Québec. (2021a). *Instaurer une société bienveillante pour nos enfants et nos jeunes - Rapport de la commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse* https://www.csdepj.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_clients/Rapport_final_3_mai_2021/2021_CSDEPJ_Rapport_version_finale_numerique.pdf

Gouvernement du Québec. (2021b). *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://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/org/office-professions-quebec/OPQ-Admin/Publications/2020-21_020_Guide-explicatif-sante-rh-26-08-2021.pdf

Grant, A., Lagdon, S., Devaney, J., Davidson, G., Duffy, J., Galway, K., Perra, O., & Leavey, G. (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 - Main report*

https://pureadmin.qub.ac.uk/ws/files/154075911/Think_Family_Final_Long_Report_27.2.18_Final_Final.pdf

Grant, A., Reupert, A., Maybery, D., & Goodyear, M. (2019). Predictors and enablers of mental health nurses' family-focused practice. *Int J Ment Health Nurs*, *28*(1), 140-151. https://doi.org/10.1111/inm.12503

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

Harries, C. I., Smith, D. M., Gregg, L., & Wittkowski, A. (2023). Parenting and Serious Mental Illness (SMI): A Systematic Review and Metasynthesis. *Clin Child Fam Psychol Rev*, *26*(2), 303-342. https://doi.org/10.1007/s10567-023-00427-6

Havelková, A., Bartošová, K., & Havelka, D. (2023). Prevalence of parents and children living with parental severe mental illness: A scoping review. *Ceskoslovenska psychologie*, *67*, 63-81. https://doi.org/10.51561/cspsych.67.1.63

Havelková, A., & Havelka, D. (2025). Current Practices and Barriers of Family-focused Care of Patients with Severe Mental Illness and Their Children: A Survey Among Czech Psychologists and Psychiatrists. *Scandinavian Journal of Child and Adolescent Psychiatry and Psychology*, *13*(1), 103-116.

IBM Corp. (2020). IBM SPSS Statistics for Windows, Version 27.0. In.

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

Kalogeropoulos, C., Roquet, C., Sztopa, V., Bradley, S., & Drapeau, M. (2018). Psychologists and psychotherapists' practices of psychotherapy in Quebec: What differences exist? *Canadian Psychology / Psychologie canadienne*, *59*(4), 332-346. https://doi.org/10.1037/cap0000161

Landry, S. (2023). *Étude qualitative décrivant les pratiques centrées sur la famille ainsi que les obstacles et les solutions possibles à leur utilisation du point de vue des intervenants psychosociaux œuvrant auprès d'adultes ayant un trouble mental* Université du Québec en Outaouais]. Gatnieau.

Laser, C., Pawils, S., Daubmann, A., Zapf, A., & Wiegand-Grefe, S. (2024). Different perspectives in psychiatry: how family-oriented are professionals in Germany? *BMC Psychiatry*, *24*(1), 142. https://doi.org/10.1186/s12888-024-05562-0

Lauritzen, C., Reedtz, C., Van Doesum, K., & Martinussen, M. (2015). Factors that may Facilitate or Hinder a Family-Focus in the Treatment of Parents with a Mental Illness. *J Child Fam Stud*, *24*(4), 864-871. https://doi.org/10.1007/s10826-013-9895-y

Maybery, D., Goodyear, M., O'Hanlon, B., Cuff, R., & Reupert, A. (2014). Profession differences in family focused practice in the adult mental health system. *Fam Process*, *53*(4), 608-617. https://doi.org/10.1111/famp.12082

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., Reupert, A. E., & Grant, A. (2016). Worker, workplace or families: What influences family focused practices in adult mental health? *J Psychiatr Ment Health Nurs*, *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.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2022). *Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026 - S'unir pour un mieux-être collectif*. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-914-14W.pdf

Nicholson, J., Paul, J. L., Piché, G., & Wittkowski, A. (2025). Editorial: Parents with mental and/or substance use disorders and their children, volume III. *Front Psychiatry*, *16*, 1630833. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2025.1630833

O'Neill, A., Edvardsson, K., & Hooker, L. (2022). Clinical supervision practice by community-based child and family health nurses: A mixed-method systematic review. *J Adv Nurs*, *78*(6), 1588-1600. https://doi.org/10.1111/jan.15191

Oakes, L., Wolfenden, L., Drake, R. J., Calam, R., & Gregg, L. (2023). Health and social care professionals' views and experiences of supporting parents with serious mental illness [Original Research]. *Frontiers in Psychiatry*, *Volume 14 - 2023*. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1284712

Ong, H. S., Fernandez, P. A., & Lim, H. K. (2021). Family engagement as part of managing patients with mental illness in primary care. *Singapore Med J*, *62*(5), 213-219. https://doi.org/10.11622/smedj.2021057

Ordre des psychologues du Québec. (2015). *Manuel d'évaluation des programmes de doctorat en psychologie*. https://www.ordrepsy.qc.ca/documents/26707/216048/Manuel+d%C3%A9valuation+des+programmes+de+doctorat+en+psychologie/449cdb65-1a29-48cf-89b9-6708d1653ef7

Pallant, J. (2010). *SPSS survival manual : a step by step guide to data analysis using SPSS* (4 ed.). Maidenhead : Open University Press/McGraw-Hill, 2010. https://search.library.wisc.edu/catalog/9910095047202121

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 [Systematic Review]. *Frontiers in Public Health*, *Volume 12 - 2024*. https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1427432

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/https://doi.org/10.7202/1109836ar

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 [Brief Research Report]. *Frontiers in Psychiatry*, *Volume 15 - 2024*. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1380001

Piché, G., Villatte, A., Fournier-Marceau, M., Clément, M.-E., 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*, 1-12. https://doi.org/10.1016/j.erap.2023.100969

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

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. *Schizophr Bull*, *40*(1), 28-38. https://doi.org/10.1093/schbul/sbt114

Regnault, A., Willgoss, T., & Barbic, S. (2017). Towards the use of mixed methods inquiry as best practice in health outcomes research. *J Patient Rep Outcomes*, *2*(1), 19. https://doi.org/10.1186/s41687-018-0043-8

Reupert, A., Bee, P., Hosman, C., Doesum, K., Drost, L. M., Falkov, A., Foster, K., Gatsou, L., Gladstone, B., Goodyear, M., Grant, A., Grove, C., Isobel, S., Kowalenko, N., Lauritzen, C., Maybery, D., Mordoch, E., Nicholson, J., Reedtz, C.,…Ruud, T. (2022). Editorial Perspective: Prato Research Collaborative for change in parent and child mental health – principles and recommendations for working with children and parents living with parental mental illness. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *63*(3), 350-353. https://doi.org/10.1111/jcpp.13521

Reupert, A., 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.

Sherman, M. D., & Hooker, S. A. (2018). Supporting families managing parental mental illness: Challenges and resources. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, *53*(5-6), 361-370. https://doi.org/10.1177/0091217418791444

Skogøy, B. E., Maybery, D., Ruud, T., Sørgaard, K., Peck, G. C., Kufås, E., Stavnes, K., Thorsen, E., & Ogden, T. (2018). Differences in implementation of family focused practice in hospitals: a cross-sectional study. *Int J Ment Health Syst*, *12*, 77. https://doi.org/10.1186/s13033-018-0256-5

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 Serv Res*, *19*(1), 793. https://doi.org/10.1186/s12913-019-4553-8

Stacey, G., & Stickley, T. (2012). Recovery as a threshold concept in mental health nurse education. *Nurse Education Today*, *32*(5), 534-539. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2012.01.013

Stolper, H., van Doesum, K., Henselmans, P., Bijl, A. L., & Steketee, M. (2022). The Patient's Voice as a Parent in Mental Health Care: A Qualitative Study. *Int J Environ Res Public Health*, *19*(20). https://doi.org/10.3390/ijerph192013164

Stroul, B. A., Blau, G. M., & Friedman, R. M. (2010). *Updating the System of Care Concept and Philosophy* [Issue Brief]. https://portal.ct.gov/-/media/DCF/Mental_Health/pdf/UpdatingTheSOCConcept2010pdf.pdf

Swords, C., & Houston, S. (2020). Exploring the Concept of Recovery in Irish Mental Health Services: A Case Study of Perspectives within an Inter-Professional Team. *Irish Journal of Applied Social Studies*, *20*, 31-46.

Swords, C., & Houston, S. (2023). Exploring the Evidence for the Paradigms of Recovery and Social Work Converging in Mental Health Service Delivery Worldwide: Reflections from an Irish Case Study. *Int J Environ Res Public Health*, *20*(15). https://doi.org/10.3390/ijerph20156460

Thorup, A. A. E. (2024). The Invisible Children: Is the Glass Half Full or Half Empty? *American Journal of Psychiatry*, *181*(8), 702-704. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.20240516

Tuck, M., Wittkowski, A., & Gregg, L. (2022). A Balancing Act: A Systematic Review and Metasynthesis of Family-Focused Practice in Adult Mental Health Services. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 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 Serv Res*, *17*(1), 818. https://doi.org/10.1186/s12913-017-2761-7

Uher, R., Pavlova, B., Radua, J., Provenzani, U., Najafi, S., Fortea, L., Ortuño, M., Nazarova, A., Perroud, N., Palaniyappan, L., Domschke, K., Cortese, S., Arnold, P. D., Austin, J. C., Vanyukov, M. M., Weissman, M. M., Young, A. H., Hillegers, M. H. J., Danese, A.,…Fusar-Poli, P. (2023). Transdiagnostic risk of mental disorders in offspring of affected parents: a meta-analysis of family high-risk and registry studies. *World Psychiatry*, *22*(3), 433-448. https://doi.org/10.1002/wps.21147

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

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

Zegwaard, A. H., Koop, F. J., Beuk, N., Broeks, C. W., Van, R. L., Konijn, C., Franken, A., Middeldorp, C. M., & Hein, I. M. (2024). Implementing an integrated family approach in mental health care for families experiencing complex and multiple problems: a case

example in Amsterdam. *Front Psychiatry*, *15*, 1409216.

https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1409216

ANNEXE A – CONSIGNES DE LA REVUE CHOISIE

La *Revue canadienne de santé mentale communautaire* vise à promouvoir la santé mentale et le bien-être des Canadiens. À cet effet, elle met de l'avant des travaux portant sur des pratiques innovantes et pertinentes en lien avec le rétablissement en santé mentale communautaire, ainsi que sur les initiatives visant la transformation et la modernisation des services en santé mentale au Canada. Notre étude s'inscrit dans ces objectifs en contribuant à l'approfondissement des connaissances relatives à l'implantation des pratiques centrées sur la famille (PCF) chez les psychologues au Québec. De plus, les prédicteurs identifiés permettent de dégager des pistes concrètes susceptibles de favoriser leur mise en application dans les milieux de santé mentale du réseau public au Québec.

Les consignes de présentation et de structure suivantes ont été suivies pour la rédaction de l'article scientifique empirique :

- Titre de 12 mots ou moins et fournir de 4 à 5 mots-clés.
- Résumé en français d'un maximum de 225 mots et résumé en anglais d'un maximum de 200 mots. Les titres suivants doivent être utilisés : *Introduction*, *Methodology and Methods*, *Findings* et *Implications*.
- Le nombre total de mots de l'article, excluant les références, les tableaux, les figures et les résumés, doit être de 6000 maximum.
- Maximum de trois tableaux.

ANNEXE B – ANALYSE DES ITEMS

Table 4.

Item-level analysis

Subscales items		Psychologists (n = 35)	
		M [95% CI]	Δ^2
Family-focused practices		**4.63 [4.22, 5.03]**	
1	In my practice, I instinctively check if the adult with a mental illness I'm working with has a child or children (aged 0 to 25 years)	6.37 [6.05, 6.70]	**1.75*****
2	I regularly check whether patients are able to meet the socio-emotional needs of their children	5.40 [4.94, 5.86]	**0.77*****
3	I provide written materials (e.g. education, information) about parenting to patients	3.20 [2.60, 3.80]	**-1.43*****
4	I regularly provide information about mental health issues to patients' children	4.03 [3.43, 4.63]	-0.60
6	I do meet with parents and families in the course of my employment (not family therapy)	4.34 [3.75, 4.94]	-0.29
7	I regularly discuss strategies with patients to strengthen their parenting practices or better meet the needs of their children	5.03 [4.44, 5.62]	0.40
8	I regularly refer the children of patients to specific support services	4.79 [4.24, 5.33]	0.16
9	I refer patients to parent-related programs (e.g. parenting skills)	4.34 [3.68, 5.00]	-0.29
10	I regularly refer the partners of patients to specific support services	3.91 [3.22, 4.61]	**-0.71***
Workplace support		**3.22 [2.86, 3.57]**	

19	My workplace provides supervision to support professionals who help patients with their parenting role	2.52 [1.90, 3.13]	**-0.70***
20R	In my workplace, there is not enough time to work with families or children of patients	2.94 [2.38, 3.51]	-0.27
21R	Professional development regarding family-centered practice is not encouraged at my workplace	3.42 [2.92, 3.92]	0.20
22	I often receive support from co-workers in regard to family-centered practice	3.38 [2.83, 3.92]	0.16
28R	It is difficult to refer patients to parenting support programs (e.g., absence, non-accessible)	3.39 [2.85, 3.92]	0.17
31R	My workplace does not provide supervision to support professionals undertaking family-centered practices	2.80 [2.26, 3.34]	-0.42
32R	My workload is too high to do family-centered work	3.10 [2.52, 3.67]	-0.12
33R	My workplace provides little support for professional development in family-centered practices	3.26 [2.72, 3.80]	0.05
34	In my workplace, other professionals encourage family-centered practice	4.25 [3.72, 4.78]	**1.04****
41R	It is difficult to refer families of patients to family therapy or family counselling services (e.g., absence, non-accessible)	2.91 [2.42, 3.41]	-0.30
44	At my workplace, we have time to establish regular contact with partner organizations concerning families or patients	3.57 [3.02, 4.12]	0.35
57R	In my workplace, my professional mandate does not allow me to use a family-centered practice	3.14 [2.50, 3.79]	-0.07
Professional's perceived skills, knowledge and confidence		**4.86 [4.48, 5.24]**	
23R	I am not confident working with patients about their parenting skills	4.68 [3.97, 5.40]	-0.18
25	I am able to determine the developmental progress of patients' children	4.15 [3.56, 4.73]	**-0.72***

27	I am knowledgeable about how parental mental illness impacts on families	5.57 [5.12, 6.02]	**0.71****
29	I am able to assess the importance that parent place on their children participation in social and recreational activities	4.75 [4.32, 5.19]	-0.11
35R	I do not have enough confidence in my professional skills to work with patients' families	4.74 [4.11, 5.37]	-0.12
38	I am able to assess the extent to which the manifestations of mental illness of patients have an impact on their children	5.09 [4.62, 5.56]	0.23
40R	I do not have the skills to help patients recognize the possible impact of their mental illness on their children and families	5.34 [4.85, 5.84]	0.48
42	I am able to determine the importance that patients place on maintaining good relationships between their children and other family members	5.46 [5.19, 5.73]	**0.60*****
50R	I have no experience in working with the children of patients	3.85 [3.13, 4.57]	**-1.01****
51R	I am not able to assess the importance that patients place on the quality of the support network (outside the family) of their children	4.97 [4.47, 5.46]	0.11
55	I am skilled to support patients in promoting the well-being of their children	5.09 [4.64, 5.54]	0.23
58R	I do not have enough confidence in my professional skills to work with patients' children	4.55 [3.90, 5.19]	-0.31
59	I know the main techniques that patients could use to promote the well-being of their children	4.71 [4.24, 5.19]	-0.15
Professional's openness to improve their practice		**5.05 [4.68, 5.42]**	
26	I sometimes wish that I was better able to help parents discuss the impact of their mental illness on their children	5.43 [5.05, 5.80]	0.38*
39	I should learn more about how to assist patients about their parenting role	4.89 [4.39, 5.38]	-0.16
48	I would like to undertake future training to improve my professional skills to work with patients' children	5.00 [4.51, 5.49]	-0.05

54	I would like to undertake training to improve my professional skills to support patients in their parenting role	5.20 [4.74, 5.67]	0.15
56	I would like to better understand my role to support families, as a professional within a care team	4.84 [4.34, 5.34]	-0.21
Professional's attitudes and beliefs toward FFP		**5.49 [5.16, 5.81]**	
45	No matter the level of severity or type of illness of the patients, use of a family-centered practice is always relevant	4.74 [4.19, 5.29]	**-0.75****
46R	Use of a family-centered practice is irrelevant when there is no risk of violent or suicidal behaviour in a patient	6.51 [6.27, 6.76]	**1.03*****
49	Adopting a family-centered practice is always relevant, regardless of the age of patients' children	5.29 [4.81, 5.76]	-0.20

Note. Scores range from 1 = strongly disagree to 7 = strongly agree, except for R = reverse-coded items where 1 = strongly agree and 7 = strongly disagree
Δ^2 = difference between the item mean and the overall scale mean for a given participant group
*$p < .05$; **$p < .01$; ***$p < .001$

ANNEXE C – MANUEL DU FFMHPQ VERSION FRANÇAISE

Manuel pour le

Questionnaire sur les pratiques centrées sur la famille (*Family-Focused Mental Health Questionnaire-Version française*)

Première édition

Piché, Villatte & Fournier-Marceau, 2024
Université du Québec en Outaouais
Genevieve.piche@uqo.ca

Questionnaire sur les pratiques centrées sur la famille (version française du *Family-Focused Mental Health Questionnaire*, FFMHPQ-FR)
Piché, Villatte & Fournier-Marceau, 2024
Université du Québec en Outaouais

Le *Family Focused Mental Health Practice Questionnaire* (FFMHPQ) est un questionnaire validé pour évaluer l'utilisation du de pratiques centrées sur la famille (PCF) par les professionnels offrant des services aux adultes atteints de maladie mentale (Maybery et al., 2012). Le FFMHPQ a été développé en Australie en 2012 à la suite d'une revue systématique rigoureuse de la littérature et de consultations avec des experts, des coordinateurs cliniques et des professionnels de la santé mentale (Maybery & Reupert, 2009). La démarche du développement du FFMHPQ s'est également appuyée sur une étude ayant pour but d'identifier les principaux obstacles à l'adoption de pratiques centrées sur la famille, chez les professionnels travaillant auprès de parents usagers en santé mentale (Maybery & Reupert, 2006).

La version originale du questionnaire comprenait 16 sous-échelles et 45 items gradués sur une échelle de Likert en 7 points, allant de fortement en désaccord à fortement en accord, et présentait de bonnes propriétés psychométriques pour 13 des 16 sous-échelles (alpha de Cronbach = 0,61 à 0,89) (Maybery et al., 2012). Le FFMHPQ a été également traduit, utilisé et adapté dans plusieurs autres pays, dont la Thaïlande (Tungpunkom et al., 2017), la Norvège (Skogøy et al., 2018), le Japon (Ueno et al., 2020), la Chine (Yao et al., 2021), l'Irlande du Nord (Grant, 2014) et le Royaume-Uni (Leonard et al., 2018).

Traduit, adapté et validé en français auprès de 512 professionnels exerçant dans un contexte de services en santé mentale auprès d'adultes, le FFMHPQ-FR comprend 42 items gradués sur une échelle de 7 points de Likert (de 1 — fortement en désaccord à 7 — fortement en accord) regroupés en cinq sous-échelles (Piche et al., Sous presse) (voir tableau 1). La première mesure l'adoption de PCF (1- Pratiques centrées sur la famille*),* alors que les 4 autres mesurent les facteurs qui influencent leur adoption selon la littérature scientifique (2- Soutien organisationnel*,* 3- Compétences, connaissances et confiance perçues, 4- Ouverture à améliorer sa pratique et 5- Attitudes et croyances à l'égard des PCF) (voir les items en fonction des sous-échelles, dans le Tableau 2). Les scores sont calculés avec la moyenne des items pour chaque participant, et sont analysés de manière continue. Des analyses factorielles exploratoire et confirmatoire indiquent que le questionnaire traduit présente de bonnes propriétés psychométriques aux 5 sous-échelles (α = 0,61 à 0,89) (Piche et al., Sous presse).

Tableau 1. Questionnaire sur les pratiques centrées sur la famille (*Family-Focused Mental Health Questionnaire*, FFMHPQ) (Piche et al., Sous presse)

1. Dans ma pratique, j'ai le réflexe de vérifier si l'usager avec lequel je travaille a un ou des enfant.s âgé.s de 0 à 25 ans.
2. Je vérifie régulièrement si les parents-usagers sont en mesure de répondre aux besoins socioémotionnels de leur.s enfant.s.
3. Je fournis des documents écrits (p.ex., informations, conseils) aux parents sur le rôle parental.
4. Je fournis régulièrement de l'information concernant les enjeux liés aux troubles mentaux aux enfants des parents-usagers.
5. Il m'arrive de rencontrer des parents-usagers avec leurs familles dans le cadre de mon travail (hors thérapie familiale).
6. Je discute régulièrement avec les parents-usagers de stratégies pour renforcer leurs pratiques parentales ou mieux répondre aux besoins de leur.s enfant.s.
7. Je réfère régulièrement les enfants des parents-usagers à des services de soutien spécifiques.
8. Je réfère régulièrement les parents-usagers à des programmes de soutien à la parentalité.
9. Je réfère régulièrement les conjoints des parents-usagers à des services de soutien spécifiques.
10. Mon lieu de travail offre de la supervision pour soutenir les professionnels qui aident les usagers en lien avec leur rôle parental.
11. Dans mon lieu de travail, il n'y a pas assez de temps pour travailler avec les familles des parents.
12. Le développement professionnel en lien avec la pratique centrée sur la famille n'est pas encouragé dans mon lieu de travail.
13. Je reçois souvent du soutien de mes collègues en ce qui a trait à la pratique centrée sur la famille.
14. Je n'ai pas assez confiance en mes compétences professionnelles pour accompagner les parents-usagers en ce qui a trait à leurs compétences parentales.
15. Je suis capable d'évaluer le développement des enfants des parents-usagers auprès desquels je travaille.
16. J'aimerais pouvoir mieux accompagner les parents-usagers dans les discussions abordant l'impact de leur trouble mental sur leur.s enfant.s.
17. J'ai des connaissances sur l'impact des troubles mentaux des parents sur leur famille.
18. Il est difficile de référer les parents-usagers à des programmes de soutien à la parentalité (ex., absence, difficulté d'accès).
19. Je suis capable d'évaluer l'importance que les parents accordent à la participation de leur.s enfant.s à des activités sociales et de loisirs.
20. Mon lieu de travail ne fournit pas de supervision pour soutenir les professionnels qui adoptent une pratique centrée sur la famille.
21. Ma surcharge de travail ne me permet pas d'exercer une pratique centrée sur la famille.
22. Mon lieu de travail fournit peu de soutien pour le développement professionnel sur la pratique centrée sur la famille.
23. À mon lieu de travail, d'autres professionnels encouragent la pratique centrée sur la famille.
24. Je n'ai pas assez confiance en mes compétences professionnelles pour travailler auprès des familles des parents-usagers.
25. Je suis capable d'évaluer dans quelle mesure les manifestations du trouble mental des parents-usagers ont un impact sur leur.s enfant.s.
26. Je devrais en apprendre davantage sur la façon d'accompagner les usagers dans leur rôle de parent.
27. Je n'ai pas les compétences nécessaires pour aider les parents-usagers à reconnaître l'impact possible de leur trouble mental sur leur famille.
28. Il est difficile de référer les familles des parents-usagers à des services de thérapie ou de consultation familiale (ex., absence, difficulté d'accès).
29. Je suis capable de déterminer l'importance que les parents-usagers accordent au maintien de bonnes relations entre leur.s enfant.s et les autres membres de la famille.

30. À mon lieu de travail, nous avons le temps d'établir un contact régulier avec des organismes partenaires concernant les familles ou les parents-usagers.
31. Peu importe le niveau de sévérité ou le type de trouble des parents-usagers, il est toujours pertinent d'utiliser une pratique centrée sur la famille.
32. Utiliser une pratique centrée sur la famille n'est pas pertinent s'il n'y a aucun risque de comportements violents ou suicidaires chez un parent-usager.
33. J'aimerais suivre une formation afin d'améliorer mes compétences professionnelles pour travailler avec les enfants des parents-usagers.
34. Adopter une pratique centrée sur la famille est toujours pertinent, peu importe l'âge des enfants des parents-usagers.
35. Je n'ai pas d'expérience en ce qui concerne la façon de travailler avec les enfants des parents-usagers.
36. Je ne suis pas capable d'évaluer l'importance que les parents-usagers accordent à la qualité du réseau de soutien (hors famille) de leur.s enfant.s.
37. J'aimerais suivre une formation afin d'améliorer mes compétences professionnelles pour accompagner les usagers dans leur rôle parental.
38. J'ai les compétences nécessaires pour accompagner les parents-usagers à favoriser le bien-être de leur.s enfant.s.
39. Je voudrais mieux comprendre mon rôle vis-à-vis des familles en tant que professionnel de la santé au sein d'une équipe de soins.
40. À mon lieu de travail, mon mandat professionnel ne me permet pas d'exercer une pratique centrée sur la famille.
41. Je n'ai pas assez confiance en mes compétences professionnelles pour travailler avec les enfants des parents-usagers.
42. Je connais les principales techniques que les parents-usagers pourraient utiliser pour favoriser le bien-être de leur.s enfant.s.

Tableau 2. Items et sous-échelles du Questionnaire sur les pratiques centrées sur la famille (*Family-Focused Mental Health Questionnaire*, FFMHPQ) (Piche et al., Sous presse)

#	Items par sous-échelles
Pratiques centrées sur la famille (9 items; α=0.85)	
1	Dans ma pratique, j'ai le réflexe de vérifier si l'usager avec lequel je travaille a un ou des enfant.s âgé.s de 0 à 25 ans.
2	Je vérifie régulièrement si les parents-usagers sont en mesure de répondre aux besoins socioémotionnels de leur.s enfant.s.
3	Je fournis des documents écrits (p.ex., informations, conseils) aux parents sur le rôle parental.
4	Je fournis régulièrement de l'information concernant les enjeux liés aux troubles mentaux aux enfants des parents-usagers.
5	Il m'arrive de rencontrer des parents-usagers avec leurs familles dans le cadre de mon travail (hors thérapie familiale).
6	Je discute régulièrement avec les parents-usagers de stratégies pour renforcer leurs pratiques parentales ou mieux répondre aux besoins de leur.s enfant.s.
7	Je réfère régulièrement les enfants des parents-usagers à des services de soutien spécifiques.
8	Je réfère régulièrement les parents-usagers à des programmes de soutien à la parentalité.
9	Je réfère régulièrement les conjoints des parents-usagers à des services de soutien spécifiques.
Soutien organisationnel (12 items; α=0.87)	
10	Mon lieu de travail offre de la supervision pour soutenir les professionnels qui aident les usagers en lien avec leur rôle parental.
11	Dans mon lieu de travail, il n'y a pas assez de temps pour travailler avec les familles des parents.
12	Le développement professionnel en lien avec la pratique centrée sur la famille n'est pas encouragé dans mon lieu de travail.
13	Je reçois souvent du soutien de mes collègues en ce qui a trait à la pratique centrée sur la famille.
18	Il est difficile de référer les parents-usagers à des programmes de soutien à la parentalité (ex., absence, difficulté d'accès).
20	Mon lieu de travail ne fournit pas de supervision pour soutenir les professionnels qui adoptent une pratique centrée sur la famille.
21	Ma surcharge de travail ne me permet pas d'exercer une pratique centrée sur la famille.
22	Mon lieu de travail fournit peu de soutien pour le développement professionnel sur la pratique centrée sur la famille.
23	À mon lieu de travail, d'autres professionnels encouragent la pratique centrée sur la famille.
28	Il est difficile de référer les familles des parents-usagers à des services de thérapie ou de consultation familiale (ex., absence, difficulté d'accès).
30	À mon lieu de travail, nous avons le temps d'établir un contact régulier avec des organismes partenaires concernant les familles ou les parents-usagers.
40	À mon lieu de travail, mon mandat professionnel ne me permet pas d'exercer une pratique centrée sur la famille.
Compétences, connaissances et confiance perçues du professionnel (13 items; α=0.89)	
14	Je n'ai pas assez confiance en mes compétences professionnelles pour accompagner les parents-usagers en ce qui a trait à leurs compétences parentales.
15	Je suis capable d'évaluer le développement des enfants des parents-usagers auprès desquels je travaille.
17	J'ai des connaissances sur l'impact des troubles mentaux des parents sur leur famille.
19	Je suis capable d'évaluer l'importance que les parents accordent à la participation de leur.s enfant.s à des activités sociales et de loisirs.

24 Je n'ai pas assez confiance en mes compétences professionnelles pour travailler auprès des familles des parents-usagers.
25 Je suis capable d'évaluer dans quelle mesure les manifestations du trouble mental des parents-usagers ont un impact sur leur.s enfant.s.
27 Je n'ai pas les compétences nécessaires pour aider les parents-usagers à reconnaître l'impact possible de leur trouble mental sur leur famille.
29 Je suis capable de déterminer l'importance que les parents-usagers accordent au maintien de bonnes relations entre leur.s enfant.s et les autres membres de la famille.
35 Je n'ai pas d'expérience en ce qui concerne la façon de travailler avec les enfants des parents-usagers.
36 Je ne suis pas capable d'évaluer l'importance que les parents-usagers accordent à la qualité du réseau de soutien (hors famille) de leur.s enfant.s.
38 J'ai les compétences nécessaires pour accompagner les parents-usagers à favoriser le bien-être de leur.s enfant.s.
41 Je n'ai pas assez confiance en mes compétences professionnelles pour travailler avec les enfants des parents-usagers.
42 Je connais les principales techniques que les parents-usagers pourraient utiliser pour favoriser le bien-être de leur.s enfant.s.

Ouverture du professionnel à améliorer sa pratique (5 items; α=0.82)
16 J'aimerais pouvoir mieux accompagner les parents-usagers dans les discussions abordant l'impact de leur trouble mental sur leur.s enfant.s.
26 Je devrais en apprendre davantage sur la façon d'accompagner les usagers dans leur rôle de parent.
33 J'aimerais suivre une formation afin d'améliorer mes compétences professionnelles pour travailler avec les enfants des parents-usagers.
37 J'aimerais suivre une formation afin d'améliorer mes compétences professionnelles pour accompagner les usagers dans leur rôle parental.
39 Je voudrais mieux comprendre mon rôle vis-à-vis des familles en tant que professionnel de la santé au sein d'une équipe de soins.

Attitudes et croyances à l'égard des pratiques centrées sur la famille (3 items; α=0.61)
31 Peu importe le niveau de sévérité ou le type de trouble des parents-usagers, il est toujours pertinent d'utiliser une pratique centrée sur la famille.
32 Utiliser une pratique centrée sur la famille n'est pas pertinent s'il n'y a aucun risque de comportements violents ou suicidaires chez un parent-usager.
34 Adopter une pratique centrée sur la famille est toujours pertinent, peu importe l'âge des enfants des parents-usagers.

Références

Grant, A. (2014). *Registered psychiatric nurses' practice with parents who have mental illness, their children and families, within general adult mental health services in Ireland* Monash University]. Melbourne, Australia.

Leonard, R. A., Linden, M., & Grant, A. (2018). Psychometric evaluation of the family focused mental health practice questionnaire in measuring home visitors' family focused practice. *PLoS One*, *13*(9), e0203901. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0203901

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., & Reupert, A. (2006). Workforce capacity to respond to children whose parents have a mental illness. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, *40*(8), 657-664. https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2006.01865.x

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

Piche, G., Villatte, A., Fournier-Marceau, M., Clément, M.-È., Morin, M.-H., Maybery, D. J., Reupert, A., Richard-Devantoy, S., Cyr-Villeneuve, C., & Lemieux, A. (Sous presse). Psychometric proprieties of the French Version of the Family-Focused Mental Health Practice Questionnaire (FFMHPQ). *European Journal of Applied Psychology*. (Département de psychoéducation et de psychologie)

Skogøy, B. E., Maybery, D., Ruud, T., Sørgaard, K., Peck, G. C., Kufås, E., Stavnes, K., Thorsen, E., & Ogden, T. (2018). Differences in implementation of family focused practice in hospitals: a cross-sectional study. *International Journal of Mental Health Systems*, *12*(1), 1-11. https://doi.org/10.1186/s13033-018-0256-5

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 Serv Res*, *17*(1), 818. https://doi.org/10.1186/s12913-017-2761-7

Ueno, R., Maybery, D., Reupert, A., & Osada, H. (2020). Translation and validation of the family-focused mental health practice questionnaire-Japanese version. *International Journal of Mental Health Promotion*, *22*(2), 59-69. https://doi.org/10.32604/IJMHP.2020.011180

Yao, H., Guan, L., Zhang, C., Pan, Y., Han, J., He, R., Chang, Z., Zhou, T., Du, C., & Wu, T. (2021). Chinese mental health workers' family-focused practices: A cross-sectional survey. *BMC Health Services Research*, *21*(1), 1-10. https://doi.org/10.1186/s12913-021-06572-4

Référence suggérée pour la citation de ce manuel :

Piché, G., Villatte, A., Fournier-Marceau, M. (2024). Manuel pour le questionnaire sur les pratiques centrées sur la famille (FFMHPQ-FR), première édition.

Personne ressource :

Geneviève Piché, Ph.D., Professeure au département de psychoéducation et de psychologie, Université du Québec en Outaouais. genevieve.piche@uqo.ca

ANNEXE D – FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de la Capitale-Nationale
Québec

Feuillet d'information

Numéro de projet : **MP-13-2021-2135**
(Réservé à l'administration)

☐ CÉR-S Jeunes en difficulté et leur famille ☒ CÉR-S Santé des populations et première ligne
☐ CÉR-S Réadaptation et intégration sociale ☐ 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

- Coordonnatrice de recherche : Pascale Dubois, M.P.O. (jusqu'en janvier 2021) et Rima Habib, M.Sc. (à partir de janvier 2021)
- Assistantes de recherche : Kelly Vetri, M.Sc. (c), Maude Gagnon

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de la Capitale-Nationale
Québec

Feuillet d'information

Numéro de projet : **MP-13-2021-2135**
(Réservé à l'administration)

III. Organisme de subvention :

Ce projet est subventionné par le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (435-2020-1092).

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 se déroulera en ligne à l'hiver 2021 et une deuxième phase qualitative qui aura lieu à l'automne 2021 sous la forme de groupes de discussion focalisés.

Feuillet d'information

Numéro de projet : MP-13-2021-2135
(Réservé à l'administration)

Dans le cadre de ce formulaire d'information et de consentement, nous sollicitons votre participation pour la première phase spécifiquement, où la participation de personnes (ici appelés professionnels) qui travaillent auprès d'adultes âgés de moins de 65 ans ayant un trouble mental est souhaitée. Néanmoins, si vous souhaitez être recontacté pour également participer à la deuxième phase du projet, vous aurez la possibilité de l'indiquer dans le formulaire de consentement. Notez bien qu'une partie seulement de ceux qui auront laissé leurs coordonnées seront effectivement recontactés, en fonction des objectifs de la deuxième phase.

VI. Déroulement du projet :

Votre implication dans ce projet de recherche consiste à répondre à un court questionnaire en ligne (environ 30 minutes). Les questions abordées concerneront votre profil (caractéristiques professionnelles, personnelles et familiales), votre utilisation d'une pratique centrée sur la famille, ainsi que les facteurs qui, selon vous, peuvent influencer l'adoption d'une telle pratique. Les réponses recueillies dans la section portant sur l'utilisation des pratiques centrées sur la famille nous permettront également de procéder à la validation du questionnaire *Family Focused Mental Health Practice Questionnaire* en contexte québécois et francophone.

VII. Risques potentiels et inconvénients personnels :

Par votre participation, aucun risque ou inconvénient n'est prévu, hormis celui lié au temps nécessaire pour compléter le questionnaire qui est estimé au total à 30 minutes.

Néanmoins, il est possible que vous viviez certaines émotions, telles que de la frustration, du stress, de la gêne, à la suite du questionnaire que vous serez amené à compléter. 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 compétences perçues 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.

Feuillet d'information

Numéro de projet : **MP-13-2021-2135**
(Réservé à l'administration)

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 avant d'appuyer sur le bouton « Soumettre » à la fin du questionnaire, sans avoir à justifier votre décision, et ce, sans préjudice et sans la perte de vos droits. Une fois le questionnaire soumis de façon anonyme, il ne sera plus possible de vous retirer de l'étude puisqu'il sera impossible de retracer votre questionnaire. Toutefois, si vous avez accepté d'être recontacté pour la deuxième phase du projet (et donc fourni des renseignements personnels comme votre adresse courriel), vous pourrez alors faire connaître votre décision de retrait à la chercheuse responsable du projet, par téléphone ou par courriel. Les données des participants qui se seront retirés de l'étude seront alors détruites.

Si, pendant que vous complétez le questionnaire électronique, vous décidez d'interrompre votre participation, il vous suffit de quitter le formulaire. Comme vos données seront sauvegardées avec votre code d'accès unique, vous pourriez décider de revenir le compléter plus tard, au moment qui vous convient, en cliquant sur « Finir plus tard ». À la clôture du projet, les questionnaires qui demeurent incomplets seront supprimés et les données ne seront pas conservées.

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'aura 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.

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 :

Vous aurez la possibilité de participer au tirage de cartes de crédit prépayées de 25$ (1 carte tirée au sort par tranche de 50 participants). Pour ce faire, vous devrez donner votre courriel dans un questionnaire séparé du questionnaire principal, créé à cette seule fin afin de préserver votre anonymat. Un lien pour y accéder vous sera proposé à la fin du questionnaire principal. Nous procéderons au tirage dès que tous les participants à la recherche auront complété le questionnaire en ligne (prévu en septembre 2021).

Feuillet d'information

Numéro de projet : MP-13-2021-2135
(Réservé à l'administration)

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 qui héberge LimeSurvey. Tous les renseignements recueillis demeureront donc strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi.

Le questionnaire est d'emblée anonyme et chaque participant se verra attribuer un code numérique. Toutefois, afin de préserver l'anonymat et la confidentialité des participants ayant accepté d'être recontactés pour la deuxième phase de l'étude et donc fourni des données nominatives, leur code numérique et leur courriel seront conservés dans un fichier séparé du fichier maître (c.-à-d. qui comprend les réponses aux questionnaires). Ainsi, aucune donnée nominative ne se retrouvera dans le fichier maître. Le fichier maître et le fichier pour la deuxième phase seront enregistrés 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.

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale
Québec

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.ciussscn@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 :

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale
Québec

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.ciussscn@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 (cliquez ici) pour obtenir les coordonnées du commissaire aux plaintes et à la qualité des services de votre organisation.

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

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.

Chercheur responsable du projet : Geneviève Piché, Ph.D., Professeure à l'Université du Québec en Outaouais

1) Le(la) responsable m'a informé(e) de la nature et des buts de ce projet de recherche ainsi que de son déroulement;
2) Le(la) responsable m'a informé(e) des risques et inconvénients associés à ma participation;
3) Ma participation à cette étude est volontaire et je peux me retirer en tout temps sans préjudice;
4) Les données de cette étude seront traitées en toute confidentialité et elles ne seront utilisées qu'aux fins scientifiques et par les partenaires identifiés au formulaire d'information;
5) J'ai pu poser toutes les questions voulues concernant ce projet et j'ai obtenu des réponses satisfaisantes;
6) Ma décision de participer à cette étude ne libère ni les chercheurs, ni l'établissement hôte de leurs obligations envers moi;
7) Je sais qu'aucune rémunération n'est rattachée à ma participation;
8) Le(la) responsable m'a remis un exemplaire du feuillet d'information et du formulaire de consentement (ceux-ci peuvent être téléchargés en cliquant sur le document pdf joint à cet énoncé);
9) J'ai lu le présent formulaire et je consens volontairement à participer à cette étude;
10) Je désire recevoir une copie des résultats de l'étude ☐ oui ☐ non *(N.B. Cet énoncé sera placé à la fin du questionnaire afin de permettre de conserver l'anonymat du questionnaire. Veuillez consulter le questionnaire (Annexe I) pour lire l'énoncé en question.)*
11) J'accepte que l'équipe de recherche conserve les données recueillies pour d'autres activités de recherche reliées au projet (p. ex. par des étudiants gradués, ou membres du Laboratoire LaPProche) en respectant les mêmes règles d'éthique que dans le cas présent. ☐ oui ☐ non
12) J'accepte d'être recontacté(e), selon les besoins de l'équipe de recherche, pour la deuxième phase qualitative de cette étude, qui prendra la forme de groupes de discussion à l'automne 2021. Je consens par le fait même à ce que mon courriel soit conservé dans un fichier séparé avec mon code numérique de participant. À noter que, même si vous acceptez de faire partie des participants qui pourraient être recontactés pour la deuxième phase, vous ne serez pas obligé d'y participer. Vous aurez alors la possibilité de consentir spécifiquement à cette phase en étant informé des modalités. ☐ oui ☐ non *(N.B. En cliquant sur «oui», l'énoncé suivant apparaîtra :* Veuillez entrer votre courriel pour que nous puissions, au besoin, vous recontacter au moment de la deuxième phase. Ce courriel ne sera utilisé qu'à cette fin.*)*.

N.B. Le participant pourra alors cliquer sur 'J'accepte de participer à cette étude' et ainsi débuter le questionnaire.

ANNEXE F – APPROBATION ÉTHIQUE

Formulaire de demande de renouvellement de l'approbation éthique

Titre du protocole : **Étude exploratoire des facteurs d'influence des pratiques centrées sur la famille chez les psychologues au Québec**

Numéro(s) de projet : **2024-3170**

Identifiant Nagano : **Les facteurs explicatifs des pratiques centrées sur la famille chez les psychologues au Québec**

Chercheur principal (au CER Éval) : **Laurence Champagne**

Date d'approbation du projet par le CER : **2023-12-14**

Formulaire : **F9-17644**

Date de dépôt initial du formulaire : **2025-11-14**

Date de dépôt final du formulaire : **2025-11-14**

Statut du formulaire : **Formulaire approuvé**

Suivi du BCER

1.

OBJET: RENOUVELLEMENT DE L'APPROBATION ÉTHIQUE

2.

Statut de la demande:

Demande approuvée

À la suite du dépôt de votre formulaire de renouvellement, le comité d'éthique de la recherche de l'UQO constate le bon déroulement du projet et vous autorise à poursuivre vos activités de recherche pour une période d'un an.

Le renouvellement de votre approbation éthique est valide jusqu'au:

2026-12-14

RENOUVELLEMENT ANNUEL: Pour maintenir la validité de votre approbation éthique, vous devez obtenir le renouvellement de votre approbation éthique à l'aide du formulaire F9, et ce avant la date d'échéance. Un rappel automatique vous sera envoyé par courriel quelques semaines avant l'échéance de votre approbation éthique.

MODIFICATION: Si des modifications sont apportées à votre projet de recherche, vous devez soumettre les modifications au CER, et ce, AVANT la mise en œuvre de ces modifications en complétant le formulaire F8 - Demande de modification au projet de recherche.

FIN DE PROJET: Vous devez remplir le formulaire F10-Rapport final afin d'informer le CER de la fin de votre projet de recherche.

3.

La demande a été traitée par :

Caroline Tardif

date de traitement:

2025-11-14