

Université de Montréal

**Thérapie familiale et problème de santé mentale chez le parent et l'enfant : vers une quête  
de services intégrés**

Par  
Josiane Laflamme

École de service social  
Faculté des études supérieures

Essai critique de stage présenté à la faculté des études supérieures en vue de l'obtention du grade  
de la maîtrise ès sciences (M.Sc.) en service social

Juillet 2012

© Josiane Laflamme, 2012

Université de Montréal  
Faculté des études supérieures

Cet essai critique de stage intitulé :

**Thérapie familiale et problème de santé mentale chez le parent et l'enfant : vers une quête  
de services intégrés**

Présenté par :

Josiane Laflamme

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

Jacques Moreau

Directeur de recherche

Membre du jury

## **PRÉAMBULE**

Le présent essai critique fait suite au stage de pratique spécialisée et vise à remplir les exigences menant à l'obtention du grade de maîtrise en service social. Le stage a eu lieu au Centre de santé et de services sociaux Lucille-Teasdale de Montréal, dans l'équipe de santé mentale jeunesse du CLSC Hochelaga-Maisonneuve sous la supervision de Mme Monique Doré, travailleuse sociale et thérapeute familiale et conjugale. Le stage s'est déroulé de septembre 2011 à la fin avril 2012. La rédaction du présent essai a été effectuée sous la direction de M. Jacques Moreau, professeur agrégé et chercheur au département de service social de l'Université de Montréal.

## **RÉSUMÉ**

Le présent essai critique se veut une réflexion sur les enjeux et la pratique de la thérapie familiale systémique auprès de familles dont un parent et un enfant souffrent simultanément d'une problématique de santé mentale. La majorité des données existantes sur le sujet aborde le traitement de ces familles de façon séparée, non intégrée et sous le modèle médical. Cet essai critique s'intéresse donc aux particularités de la dynamique familiale (frontières, communication, différenciation de soi, triangles, transmissions intergénérationnelles) de ces familles et à l'utilisation d'outils appropriés pour leur mieux-être dans le contexte québécois.

**Mots clés :** thérapie familiale, problème de santé mentale, approche systémique, enfants, parents

## TABLE DES MATIÈRES

PRÉAMBULE .....	II
RÉSUMÉ.....	III
TABLE DES MATIÈRES .....	IV
LISTE DES ABRÉVIATIONS .....	VI
REMERCIEMENTS.....	VII
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE .....	4
LES EFFETS DE LA MALADIE MENTALE DU PARENT SUR LA DYNAMIQUE FAMILIALE.....	5
<i>Les effets sur la satisfaction des besoins de base</i> .....	5
<i>Les effets sur les pratiques éducatives</i> .....	7
<i>Les effets sur la satisfaction des besoins affectifs</i> .....	8
<i>Les effets sur le processus de différenciation (frontières)</i> .....	9
<i>Les effets sur la communication familiale</i> .....	10
LES FACTEURS TRANSGENERATIONNELS DE LA MALADIE MENTALE.....	11
<i>Les facteurs transgénérationnels liés à l'histoire de vie</i> .....	11
<i>Les facteurs transgénérationnels liés à l'environnement</i> .....	16
ÉTIOLOGIE DES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE CHEZ LES ENFANTS.....	21
<i>Modèle génétique</i> .....	22
<i>Modèle de l'attachement</i> .....	24
<i>Modèle familial</i> .....	24
INTERVENTION.....	26
<i>Pharmacologie</i> .....	27
<i>Psychoéducation familiale</i> .....	27
<i>Psychothérapies</i> .....	28
<i>Intervention familiale</i> .....	32
EN RESUME.....	35
CHAPITRE 2 : CADRE D'ANALYSE.....	37
LA THÉORIE DES SYSTÈMES.....	38
LA CYBERNÉTIQUE .....	40
LA THÉORIE DE LA COMMUNICATION .....	40
L'APPROCHE D'INTERVENTION .....	42
<i>Définition</i> .....	42
<i>Les thérapies familiales intergénérationnelles</i> .....	44
<i>L'approche structurale</i> .....	46
CHAPITRE 3 : PROJET DE STAGE.....	49
LIEU DE STAGE .....	49
PROGRAMME.....	52
CLIENTÈLE CIBLÉE .....	54
METHODOLOGIE D'INTERVENTION.....	55
<i>FAST (family system test)</i> .....	56
<i>FACES-IV (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales)</i> .....	58

<i>Génogramme</i> .....	60
DÉMARCHE D'ÉLABORATION DU PROJET.....	61
DÉMARCHE D'IMPLANTATION DU PROJET .....	62
BILAN DE L'IMPLANTATION.....	65
<i>Portrait des participants et problématiques rencontrées</i> .....	65
Élizabeth.....	66
Jérémie .....	68
Renaud.....	71
Marianne .....	73
Louis .....	77
<i>Enjeux</i> .....	78
Au plan organisationnel.....	78
Au plan professionnel et sociétal.....	80
<b>CHAPITRE 4 : ANALYSE ET RÉFLEXION CRITIQUE</b> .....	81
DESCRIPTION ET DÉFINITION DES CONCEPTS .....	81
<i>Les frontières</i> .....	82
<i>La différenciation de soi</i> .....	88
<i>Les triangles et le conflit de loyauté</i> .....	90
<i>La communication</i> .....	93
<i>La transmission intergénérationnelle</i> .....	96
ANALYSE .....	102
<i>Les frontières</i> .....	102
<i>La différenciation de soi</i> .....	104
<i>Les triangles et le conflit de loyauté</i> .....	108
<i>La communication familiale</i> .....	109
<i>La transmission intergénérationnelle</i> .....	111
<b>CONCLUSION</b> .....	113
SYNTHÈSE DE L'ANALYSE .....	113
QUESTIONNEMENTS.....	118
RECOMMANDATIONS .....	123
<b>RÉFÉRENCES</b> .....	126
<b>ANNEXE A : STRUCTURE FAMILIALE BALANCÉE ET NON-BALANCÉE</b> .....	I
<b>ANNEXE B : MODÈLE CIRCOMPLEXE (TYPOLOGIE DES FAMILLES)</b> .....	III
<b>ANNEXE C : ENTRETIEN D'ACCUEIL</b> .....	IV
<b>ANNEXE D : INSTRUCTIONS DU FAST</b> .....	VI
<b>ANNEXE E : QUESTIONNAIRE POST-FAST</b> .....	VIII
<b>ANNEXE F : QUESTIONNAIRE FAST</b> .....	IX
<b>ANNEXE G : EXEMPLE D'UNE STRUCTURE FAMILIALE</b> .....	X
<b>ANNEXE H : GRAPHIQUE DES PARENTS DE MARIANNE</b> .....	XII

## **LISTE DES ABRÉVIATIONS**

AED : Clinique Assistance aux enfants en difficulté du Docteur Julien

ASSS : Agence de la santé et des services sociaux du Québec

CLSC : Centre local de services communautaires

CSSS : Centre de santé et de services sociaux

MSSS : Ministère de la santé et des services sociaux du Québec

SMJ : Équipe santé mentale jeunesse

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

TED : Trouble envahissant du développement

## REMERCIEMENTS

La concrétisation de ce projet a été possible grâce au soutien et aux encouragements de nombreuses personnes car sous mes allures de femme forte et orgueilleuse j'ai douté de moi et de mes capacités à plusieurs reprises. Cependant, dans ces moments se trouvait toujours une personne à la phrase magique... lentement mais sûrement, une étape à la fois, lâche pas la patate...

Merci à Jacques Moreau, professeur agrégé et chercheur au département de service social de l'Université de Montréal, d'avoir été un peu rude en début de parcours je l'avoue, puis de nous avoir guidé et fait confiance.

Merci à toute l'équipe de santé mentale jeunesse du CLSC Hochelaga-Maisonneuve et ses stagiaires pour leur accueil chaleureux.

Un merci tout spécial à Monique Doré, travailleuse sociale, thérapeute familiale et conjugale et superviseure durant mon stage. Vous avez été pour moi une véritable source d'inspiration et de dépassement. Je ne pourrai jamais vous oublier.

Merci à mes parents qui n'ont pas toujours compris où je me dirigeais mais qui se sont tenus informés, m'ont félicitée à des étapes charnières et m'ont toujours soutenue malgré leurs inquiétudes.

À mon frère qui, lui-même travailleur social, en m'entendant parler un jour m'a dit tout simplement pourquoi tu ne fais pas une maîtrise en service social...

Mais surtout merci à toi, mon amour, qui alors que je venais à peine de commencer, tu m'a vue dans tous mes états, douter de moi, de ma capacité à me rendre au bout... C'est fait, j'ai réussi et notre couple a survécu à la distance, à la fatigue et à l'épuisement... je suis maintenant toute à toi!

En terminant, j'ai aussi une pensée pour ceux qui hésitent à faire des études supérieures ou qui sont sur le point de terminer... je suis la preuve que nous pouvons tous y arriver...

Lentement mais sûrement, une étape à la fois j'y suis arrivée... et je n'ai jamais «lâché la patate»...



## INTRODUCTION

Depuis quelques années, le réseau de la santé et le réseau communautaire sont confrontés à une nouvelle réalité dans leur travail auprès des familles. En effet, il n'est pas rare d'entendre parler de familles multi-problématiques ou «multi-poquées». Ces familles, aux prises avec des problématiques de plus en plus nombreuses et complexes, ont inspiré mon projet d'intervention. À l'aide de ce projet, je voulais leur offrir des services appropriés sans cloisonner la pratique, c'est-à-dire sans offrir un programme différent pour traiter leur santé mentale et une autre problématique (la toxicomanie par exemple). Mon projet de stage s'effectuera donc au sein de l'équipe de santé mentale jeunesse du CLSC Hochelaga-Maisonneuve auprès d'un parent et d'un enfant souffrant simultanément d'un problème de santé mentale. Le but de mon projet n'était pas de «traiter» le problème de santé mentale de l'enfant et/ou du parent mais bien de découvrir ce qui, dans la dynamique familiale, peut expliquer le maintien du ou des symptômes.

D'un point de vue scientifique, l'intérêt pour l'aide des familles aux prises avec un problème de santé mentale trouve écho dans le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010*. Il met l'accent sur la nécessité de soutenir les enfants dont un des parents est atteint d'une maladie mentale (Gouvernement du Québec, 2005). Depuis 1998, le gouvernement reconnaît aussi la parentalité des personnes qui ont des troubles mentaux (Gouvernement du Québec, 1998) et en 2005, il ajoute qu'il faut favoriser la participation des usagers et des familles aux décisions qui les concernent (Gouvernement du Québec, 2005). Cependant, malgré ces intentions et les actions posées, principalement par l'entremise d'organismes communautaires (groupes de familles et amis de la personne atteinte de maladie mentale par exemple), il y a encore peu de mesures de soutien offertes aux familles enfants dont un parent a une maladie mentale (Boily, St-Onge et Toutant, 2006) et encore moins s'il y a présence d'un problème de santé mentale à la fois chez le parent et l'enfant d'une même famille. Les familles et les proches continuent donc de s'essouffler

(Gouvernement du Québec, 1997; Cresson, 2006) et la collaboration entre les intervenants demeure déficiente (Perreault, Provencher, St-Onge et Rousseau, 2002).

Il n'existe pas de données précises au Québec sur le nombre d'enfants dont l'un des parents souffre d'un trouble de santé mentale, ni sur le nombre de famille dont un parent et un enfant sont simultanément atteints d'une problématique de santé mentale. Cependant, une étude menée à partir de la clientèle du *New York State Office of Mental Health Intensive Case Management Program* montre que, parmi les femmes de moins de 35 ans recevant des services, 45% ont au moins un enfant de moins de 18 ans (Blanch et Surlles, 1994). Selon Boily (2009), il est donc possible de supposer que cette donnée s'applique au Québec. De plus, les chiffres du *National Comorbidity Survey* (Nicholson, Biebel, Hindel, Henry et Stier, 2001) indiquent, quant à eux, qu'aux États-Unis, 31 % des femmes et 17 % des hommes peuvent souffrir d'un trouble psychiatrique au cours d'une période de 12 mois. De ce nombre, 65% sont des mères et 52 % des pères. Une autre étude effectuée en trois temps en Suède (1986, 1991, 1997) a démontré que, malgré les années, le taux de parents (avec des enfants mineurs) hospitalisés en psychiatrie reste à peu près constant. Ainsi, 28 % des patients sont des parents d'enfants mineurs. Pour 75 % de ces patients-parents, ce sont eux qui ont la garde de l'enfant et de ces parents qui ont la garde, 86 % sont des femmes (Ostman et Hansson, 2002). Enfin, une étude québécoise réalisée auprès d'un échantillon d'environ 250 personnes indique que la personne qui habite avec celle atteinte de maladie mentale est l'enfant de cette dernière dans 33 % des cas (Saint-Laurent, 1993).

D'un point de vue social, mon projet vise à effectuer des entretiens de type familial ou de la thérapie familiale (les deux expressions seront utilisées de façon équivalente pour exprimer l'approche d'intervention privilégiée même si certains auteurs les distinguent l'une de l'autre). Ce choix peut s'avérer étrange étant donné que les approches traditionnelles d'intervention en santé mentale doivent leur origine à une fascination pour la psychopathologie individuelle (Minuchin,

1979). Cependant, le travailleur social qui intervient selon une perspective systémique, soit l'approche privilégiée pour mon projet d'intervention, doit prendre en considération l'individu et son contexte social et éviter de voir l'individu comme le «lieu» de la pathologie (Minuchin, 1979). Il analyse et tient compte des interactions que la personne entretient dans son système relationnel et cherche à connaître ses ressources personnelles, familiales et sociales. Le questionnement circulaire (particularité de l'approche systémique) l'aide à reconnaître comment les problèmes sont reliés entre eux, comment ils se construisent et comment ils peuvent contribuer au changement. Dans cette perspective, on s'intéresse à ce qui est «en» cause plutôt que de chercher «la» cause (Balas, 2008).

En somme, les recherches dans le domaine de la santé mentale sur l'intervention auprès d'enfants et de parents souffrant simultanément de troubles mentaux, et ce, dans une perspective systémique, sont pratiquement inexistantes au Québec. Ces recherches innovatrices apparaissent dans le courant de transformation continue des pratiques sociales en santé mentale qui ont été engendrées par le *Plan d'action en santé mentale*. Elles s'insèrent dans un contexte de complexité et d'hypersectorisation des clientèles, des problématiques et des services (Hoagwood et Olin, 2002; White, Jobin, McCann et Morin, 2002). Toutefois, en demeurant isolées, ces initiatives visent tantôt les parents qui ont un problème de santé mentale, tantôt leurs enfants. Les besoins des adultes sont évalués séparément de ceux de leurs enfants et les interventions qui visent à résoudre les problèmes des membres d'une même famille s'inscrivent souvent dans des programmes indépendants les uns des autres. En effet, ici comme ailleurs, la collaboration entre les intervenants et l'action intersectorielle s'avère difficile (Byrne, Pape, Ivask, Kuczynski, Browne et Whittaker, 2001; Fournier, René, Duval, Garon, Fontaine et Chénard, 2001; Larrivière, 2001; Safnuk, Clatney, Jurgens, Hay, Kluger, 2002). Ainsi, des auteurs soulignent le besoin de collaboration ou d'intégration des services destinés aux adultes et aux enfants touchés

de près ou de loin par une problématique de santé mentale, le développement de liens avec les services communautaires et la mise en place d'interventions précoces en période prénatale afin que les manifestations de troubles apparues tôt dans le développement ne se poursuivent à l'âge adulte (Pomerleau, Malcuit, Charest, Moreau, Lamarre et Diorio, 2000; Stallard, Norman, Huline, Dickens, Salter et Cribb, 2004) et à long terme (Brunette et Dean, 2002; Carrière, Clément, Tétrault, Pépin, Fortier et Paquet, 2010; Harrington, Fudge, Rutter, Pickles et Hill, 1990).

## **CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE**

Le présent chapitre s'attarde à recenser tout ce qu'il faut savoir sur la dynamique des familles dont un parent et un enfant souffrent simultanément d'un problème de santé mentale. Pour ce faire, les effets d'une problématique de santé mentale d'un parent sur la dynamique familiale seront énoncés. Ils concernent la satisfaction des besoins de base et affectifs des enfants, la communication familiale, le processus de différenciation ainsi que les pratiques éducatives. Ensuite, il sera question des facteurs transgénérationnels (ou intergénérationnels) de la maladie mentale, puis des modèles théoriques explicatifs (étiologie) sous-jacents à l'émergence d'une problématique de santé mentale chez les enfants de parents aux prises, eux aussi, avec une problématique de cet ordre. Finalement, les méthodologies d'intervention utilisées pour intervenir auprès de ces familles seront discutées. Il est important de souligner que la recension s'est effectuée en deux temps soit, en premier lieu, sur les particularités des familles dont un parent souffre d'un problème de santé mentale et puis sur les modèles explicatifs de la présence d'une problématique du même ordre chez l'enfant étant donné l'absence de littérature sur la présence d'une problématique de santé mentale chez le parent ET l'enfant.

En somme, la littérature existante concerne principalement les troubles anxieux et les troubles de l'humeur chez les enfants et les parents. Les troubles dissociatifs ont volontairement été écartés de la recension puisque cette clientèle fréquente rarement les ressources de 1<sup>ère</sup> ligne

en CLSC, soit l'objet d'étude de mon projet et de mon milieu de stage. Finalement, s'attarder aux troubles anxieux avaient été une demande de mon milieu de stage étant donné leur forte représentation comme clientèle de l'équipe de santé mentale jeunesse du CLSC Hochelaga-Maisonneuve.

## **LES EFFETS DE LA MALADIE MENTALE DU PARENT SUR LA DYNAMIQUE FAMILIALE**

### *Les effets sur la satisfaction des besoins de base*

Toutes les manifestations du trouble mental qui comportent des sautes d'humeur, de la colère ou de l'impulsivité excessive peuvent, à un moment ou à un autre, menacer la sécurité physique des enfants (Warren, Gunnar, Kagan, Anders, Simmens, Rones et Srouffe, 2003). Ainsi, certains parents qui souffrent d'un problème de santé mentale peuvent manquer de contrôle sur leurs impulsions. Par exemple, en raison de leur faible tolérance au stress, les parents dépressifs manquent d'empathie, de jugement et sont souvent irritables. Cette irritabilité peut ouvrir la porte à des comportements d'abus et de négligence envers leurs enfants (Egami, Ford, Greenfield et Crum, 1996; Nair et Morrison, 2000; Wilson et Crowe, 2009; Boily, 2009). En effet, lorsque les manifestations d'un trouble mental diminuent les aptitudes cognitives des parents, l'organisation de la vie quotidienne est rendue plus problématique, au point où parfois les besoins physiques de leurs enfants sont négligés (Anyaeibunam, 2001; Boily, 2009). De tous les troubles mentaux, les troubles anxieux sont ceux pour lesquels l'association à l'abus physique, sexuel ou autre est la plus faible (Egami et coll., 1996; Walsh, MacMillan et Jamieson, 2002).

Dans un autre ordre d'idées, l'excès de soins peut aussi poser un problème. En effet, les personnes présentant des troubles obsessionnels-compulsifs peuvent transposer leurs comportements compulsifs sur leurs enfants (Buist, 1998; Boily, 2009). Les symptômes de la maladie mentale et les effets secondaires de la médication peuvent aussi altérer le fonctionnement de base et les tâches à accomplir des parents tels que nourrir, vêtir, prendre soin et maintenir une

supervision et une discipline adéquate pour leurs enfants (Lundy, Field, Cigales et Cuadra, 1997; Oyserman, Bybee et Mowbray, 2002; Oyserman, Bybee, Mowbray et Hart-Johnson, 2005; Seifer, Sameroff, Dickstein, Keitner et Miller, 1996; Diaz-Caneja et Johnson, 2004; Savvidou, Bozikas, Hatzigeleki et Karavatos, 2003). Étant donné cette difficulté à répondre aux besoins de base de leurs enfants, les familles affectées par une problématique de santé mentale sont plus à risque d'être impliquées avec la *Protection de la jeunesse* (Bland et Orn, 1986) et vont même jusqu'à perdre fréquemment la garde de leurs enfants (Nicholson, Geller et Fisher, 1996; James, Fraser et Talbot, 2007). En effet, une étude réalisée en Colombie-Britannique montre que 62 % des femmes aux prises avec une maladie mentale perdent la garde de leur(s) enfant(s) (Judas, 2004). De plus, si l'on s'attarde au point de vue des mères, environ 30% de celles qui souffrent d'un problème de santé mentale indiquent que leur maladie mentale rend plus difficile le fait d'être de bons parents (Ritscher, Coursey et Farrell, 1997; Mason, 2006).

En somme, l'association entre les troubles mentaux et la maltraitance serait en fait moins inquiétante que ne le laissent croire certains auteurs (Benjet, Azar et Kuersten-Hogan, 2003). Selon Egami et coll. (1996), si l'on exclut les parents atteints d'un trouble de personnalité antisociale, moins de 5% des parents ayant un trouble psychiatrique rapportent des abus à l'endroit de leurs enfants. De plus, ces parents n'avaient pas, pour la plupart, fait l'objet d'une évaluation ou d'un traitement approprié de leurs problèmes de santé mentale. On peut donc présumer qu'en offrant des soins adéquats aux parents, il est possible de diminuer les risques d'abus envers les enfants. Il est aussi important de mentionner que les études mettent l'accent sur les effets combinés de multiples facteurs de risque pour expliquer l'apparition de situations de négligence ou de mauvais traitements. Le trouble mental des parents constituerait néanmoins, pour leurs enfants, le premier des facteurs de risque parmi d'autres facteurs environnementaux tels que l'isolement social de la famille, la violence conjugale ou le faible revenu familial (Boily,

2009).

### *Les effets sur les pratiques éducatives*

D'autres manifestations du trouble mental ont pour effet d'affecter la capacité des parents à prodiguer quotidiennement à leurs enfants les soins adaptés à leur âge d'une façon qui soit constante, appropriée et routinière (Lyons-Ruth, Wolfe et Lyubchik, 2000; Thomas et Kalucy, 2003; Boily, 2009). C'est le cas notamment de l'amnésie, de l'apathie, du manque d'énergie (Nicholson et Henry, 2003), de l'incapacité à éprouver du plaisir et du retrait social (Benjet et coll., 2003) ainsi que des problèmes associés à la dépression (Berg-Nielsen et Vikan, 2002; Warren et coll., 2003). Ainsi, les stratégies éducatives adoptées par les mères dépressives sont moins efficaces que celles employées par les mères n'ayant pas de troubles mentaux (Civic et Holt, 2000).

De plus, l'environnement éducatif offert par les mères dépressives est plus pauvre que celui des mères en bonne santé mentale. En effet, les mères dépressives auraient tendance à se montrer plus contrôlantes, coercitives et restrictives envers leurs enfants (Benjet et coll., 2003; Caughy, Huang et Lima, 2008; Civic et Holt, 2000; Kelley et Jennings, 2003; Mattered et Remschmidt, 2008) et le sur-contrôle parental serait un facteur associé au développement de la dépression chez l'enfant (Cummings et Davies, 1994; Puig-Antich, Lukens, Davies, Goetz, Brennan-Quattrock et Todak, 1985). De plus, les femmes diagnostiquées avec un trouble dépressif sont moins efficaces dans le contrôle de leurs enfants. Elles offriraient moins de structure et s'impliqueraient moins (Goodman and Brumley, 1990; Hammen et Stansbury, 1990). Les mères dépressives ont aussi plus tendance à crier ou à donner la fessée et les pères dépressifs à gifler, frapper ou secouer leurs enfants (Lyons-Ruth et coll., 2000). Toutefois, ces attitudes surprotectrices et inconstantes ne sont pas l'apanage uniquement des parents dépressifs. Des parents atteints d'un autre trouble mental oscillent aussi entre une attitude de surprotection, de

contrôle et une trop grande permissivité. Cependant, peu importe le trouble auquel elle est associée, l'inconstance des attitudes et des comportements des parents qui souffrent d'un problème de santé mentale place les enfants dans un contexte disciplinaire incohérent qui peut engendrer chez eux de la confusion (Boily, 2009).

### *Les effets sur la satisfaction des besoins affectifs*

Finalement, c'est l'établissement d'un lien d'attachement positif avec leurs enfants qui est menacé lorsque les parents, en raison de leur trouble mental, se montrent peu chaleureux, peu sensibles aux besoins de l'enfant et peu intéressés par ce qui leur arrive. La menace s'accroît lorsque les parents sont peu disponibles émotionnellement et manifestent des attitudes de rejet (Duncan et Browning, 2009; Garnezy, 1974; Grünebaum, Bohler, Kauffman et Gallant, 1978; Rodnick et Goldstein, 1974). Dans cet ordre d'idées, lorsque les manifestations d'un trouble mental altèrent cette relation, des lacunes apparaissent et elles risquent de nuire au bien-être émotionnel et affectif des enfants.

Plusieurs manifestations du trouble de santé mentale affectent, à différentes intensités, la qualité de la présence des parents malades (Boily, 2009). En effet, Mowbray, Oyserman, Bybee et MacFarlane (2002) montrent que durant la période de l'âge préscolaire à l'adolescence, les mères aux prises avec un problème de santé mentale sont moins disponibles émotionnellement, n'interagissent pas avec réciprocity, ne sont pas encourageantes, moins affectueuses et moins disponibles. De nombreuses études se sont intéressées aux interactions mère-enfant au cours d'épisodes dépressifs. Leurs conclusions se rejoignent : peu de marques d'affection, des contacts moins chaleureux, moins d'échanges verbaux et visuels, des sentiments négatifs à l'égard de leurs enfants, une incapacité d'écouter, une disponibilité et une sensibilité aux besoins de leurs enfants réduites, une incompréhension de leurs besoins émotionnels ainsi que moins d'engagement dans la relation (Beck, 1999; Berg-Nielsen et Vikan, 2002; Boily, 1999; Burney-Hamilton, Jones et

Hammen, 1993; Civic et Holt, 2000; Cox, Puckering, Pound et Mills, 1987; Cummings et Davis, 1994; Keitner et Miller, 1990; Matterjat et Remschmidt, 2008; Teti, O'Connell et Reiner, 1996; Trapolini, Ungerer et McMahon, 2008). Ainsi, les symptômes de la dépression diminueraient la sensibilité des mères aux besoins de leurs enfants et les rendraient moins aptes à gérer leurs pleurs et leurs demandes (Berg-Nielsen et Vikan, 2002; Murray, Cooper et Hipwell, 2003). Elles auraient aussi tendance à avoir une perception plus négative du tempérament du bébé qui est présenté comme particulièrement difficile (Teti et coll., 1996).

La constance dans l'interaction favorise aussi le développement affectif des enfants. Ce n'est pas toujours le cas lorsqu'il y a présence d'un trouble mental. L'instabilité de l'humeur de parents ayant un trouble bipolaire, par exemple, observée par Davenport, Zahn-Waxler, Adland et Mayfield (1984) peut amener les parents à aller d'un pôle à l'autre passant du parent affectueux et attentionné au parent impuissant, non disponible, irritable et dépendant (Boily, 2009).

### *Les effets sur le processus de différenciation (frontières)*

Les problèmes de santé mentale chez les parents auraient aussi une influence sur l'autonomisation de leurs enfants. En effet, il semble qu'en général, les symptômes de la dépression diminueraient la capacité des parents à éduquer leurs enfants et à bien les guider dans leur processus de développement (Beardslee, Versage et Gladstone, 1998; Berg-Nielsen et Vikan, 2002; Matterjat et Remschmidt, 2008; Trapolini et coll., 2008). Aussi, la dépression chez les adolescents pourrait être associée à l'échec dans la négociation de leur autonomie par rapport à leurs parents alors qu'ils veulent préserver la proximité et l'intimité (Allen et Land, 1999). Les mères aux prises avec un problème de santé mentale sont aussi moins en mesure de différencier leurs propres besoins de ceux de leurs enfants comparativement aux mères sans problème de santé mentale (Mason, 2006).

De plus, il est question de difficultés à soutenir les enfants dans leurs efforts pour

composer avec les événements de la vie et les problèmes quotidiens. À cet effet, les parents dépressifs seraient moins capables de fournir à leurs enfants le soutien nécessaire pour qu'ils développent leur conscience identitaire et apprennent à gérer leurs émotions et à résoudre leurs problèmes. Ils seraient également moins susceptibles d'être eux-mêmes des modèles en matière de résolution de problèmes et d'habiletés de communication (Mowbray et Oyserman, 2003). Par ailleurs, les parents qui adoptent une attitude de retrait en raison de leur trouble mental privent les enfants d'activités sociales formatrices (Lyons-Ruth et coll., 2000). De plus, certaines manifestations des troubles anxieux, comme la peur de l'échec, le trouble panique, l'évitement, les comportements compulsifs, les obsessions, peuvent se traduire par une limitation des déplacements et des expériences d'exploration et de découverte des enfants (Buist, 1998). Les parents aux prises avec des troubles anxieux sont aussi moins susceptibles d'encourager l'autonomie psychologique de leurs enfants (Turner, Beidel, Roberson-Nay et Tervo, 2002; Boily, 2009).

### *Les effets sur la communication familiale*

Plusieurs des manifestations du trouble mental ont pour effet de diminuer la capacité d'écoute des parents (Matterjat et Remschmidt, 2008; Warren et coll., 2003; Boily, 2009). En effet, les familles aux prises avec des problématiques de santé mentale éprouvent souvent des difficultés de communication (Kaas, Lee et Peitzman, 2003; Mason, 2006). Les mères dépressives sont aussi plus négatives dans l'expression de leurs émotions que les mères qui ne le sont pas au plan clinique (Goodman and Brumley, 1990; Hammen, Burge et Adrian, 1991; Hammen et Stansbury, 1990). De plus, les conflits parentaux, le contrôle parental, une plus faible cohésion familiale, la discorde familiale et l'implication de l'enfant dans les conflits sont des facteurs associés au développement, au maintien et aux rechutes de la dépression chez l'enfant (Cummings et Davies, 1994; Puig-Antich et coll., 1985; Asarnow, Goldstein, Tompson et

Guthrie, 1993; Burbach et Borduin, 1986; Emslie, Walkup, Pliszka et Ernst, 1999; Goodyer, Herbert, Tamplin, Secher et Pearson, 1997; Keitner, Miller, Epstein, Bishop et Fruzzeti, 1987; Boily, 2009; Nomura, Wickramatne, Warner, Mufson et Weissman, 2002).

## **LES FACTEURS TRANSGENERATIONNELS DE LA MALADIE MENTALE**

L'idée de base des facteurs transgénérationnels de la maladie mentale est que l'étude des problèmes actuels (pathologies et dysfonctionnements familiaux) trouve un éclairage particulier à la lumière des conflits intériorisés dans le passé familial (Albernhé et Albernhé, 2008). Les lignes qui précèdent font état des effets de la maladie mentale d'un parent sur la dynamique familiale. Ce qui suit fait état de ce que les générations antérieures peuvent apporter comme éclairage sur la dynamique familiale actuelle. Tout d'abord, il sera question des facteurs liés aux personnes des générations antérieures et actuelles tels que l'histoire personnelle, la chronicité et la sévérité du diagnostic, l'attitude envers la maladie, l'engagement dans un traitement, la prise de médicaments, l'abus de drogues ainsi que les fréquentes hospitalisations. Par la suite, les facteurs davantage environnementaux liés aux générations antérieures et actuelles seront présentés. Ces facteurs sont principalement liés aux ressources financières et matérielles de la famille, à la dynamique familiale, au soutien social et à l'offre de services dans la communauté (Ackerson, 2003; Bournell, 2007; Reupert et Mayberry, 2009; Ueno et Kambibepu, 2008).

### *Les facteurs transgénérationnels liés à l'histoire de vie*

Nicholson et coll. (2001) rapportent notamment que la **monoparentalité ou le divorce et l'appartenance à une minorité ethnique** sont des facteurs à considérer en ce qui a trait à leurs effets sur la santé mentale des parents. En effet, dans les deux cas, il y aurait une augmentation du risque de développer des problèmes émotionnels et comportementaux.

La **maternité**, en raison du stress qu'elle engendre, représente aussi un risque autant pour les femmes souffrant de troubles mentaux que pour celles sans antécédent connu. La période

critique à haut risque mental et développemental pour la mère et l'enfant est assez brève, avec des risques élevés au cours du premier mois post-partum. Le risque peut persister pendant les deux années suivantes et cela s'expliquerait par une diminution du soutien apporté aux mères qui ressentiraient alors davantage de stress dans l'accomplissement de leur rôle parental (Mowbray, Oyserman et Ross, 1995; Boily, 2009; Guedeney, 2000).

De plus, les **expériences relationnelles vécues pendant l'enfance** influencent l'exercice du rôle parental et peuvent être associées à des désordres émotifs à l'âge adulte. En fait, les pratiques de leurs propres parents alors qu'ils étaient eux-mêmes enfants représentent des déterminants de l'exercice du rôle parental plus importants que le statut socioéconomique, les symptômes dépressifs, la séparation ou la perte parentale (Forehand, Thomas, Wierson et Brody, 1990; Harris, Brown et Bifulco, 1990), les conflits parentaux (Cummings et Davies, 2002; Forehand, Wierson, Thomas et Armistead, 1991; Jenkins et Buccioni, 2000) ainsi que les traits de personnalité (Beardslee et coll., 1998; Lyons-Ruth et coll., 2000). En effet, entre 53 et 97% des adultes présentant des troubles mentaux ont été abusés, exposés à la violence conjugale ou victimes de violence parentale durant leur enfance (Goodman, Rosenberg, Mueser et Drake, 1997; Bifulco, Brown, Moran, Ball et Campbell, 1998; Nicholson et coll., 2001). De même, les mères ayant vécu dans une famille où l'un des parents était aux prises avec des troubles mentaux n'ont pas toujours reçu les soins et le soutien qui auraient pu les munir des habiletés nécessaires pour devenir un parent efficace et à l'écoute (Mackinnon, Henderson et Andrews, 1993; Parker, Roussos, Hadzi-Pavlovic, Mitchell, Wilhelm et Austin, 1997; Bifulco, Moran, Ball, Jacobs, Baines, Bunn et Cavagin, 2002; Beardslee et coll., 1998). Les effets varient aussi selon la nature du trouble mental du parent. À bien des égards donc, les traumatismes vécus durant l'enfance déterminent la qualité du rôle parental (Mullick, Miller et Jacobsen, 2001; Nicholson et coll., 2001).

Benjet et coll., (2003) rapportent que la **chronicité du trouble mental** d'un parent constitue aussi un important facteur de prédiction du développement d'un trouble chez l'enfant. Mason (2006) mentionne même, dans son étude, que le plus important facteur prédisposant pour le développement de la maladie mentale chez un enfant est la sévérité du trouble chez le parent et les comportements dysfonctionnels perturbateurs qui y sont associés. Des études indiquent même qu'entre 30 et 50% des enfants de parents souffrant de problèmes de santé mentale peuvent développer divers troubles psychologiques (Beardslee, Gladstone, Wright et Cooper, 2003; Ellis et Collings, 1997; Beardslee et coll., 1998; Essex, Klien, Miech et Smider, 2001; Lapalme, Hodgins et LaRoche, 1997; Weissman, Warner, Wickramaratne, Moreau et Olfson, 1997; Wickramaratne, Greenwald et Weissman, 2000; Wickramaratne et Weissman, 1998; Wickramaratne et Weissman, 2005) comparativement à un taux d'environ 20% chez les enfants de parents issus de la population générale (Canino, Bird, Rubio-Stipec, Bravo et Alegria, 1990; Mason, 2006). À cet effet, un nombre considérable de recherches démontre cliniquement que les enfants de parents souffrant de problème de santé mentale sont plus à risque d'un retard dans leur développement, de développer des problèmes de comportements, académiques, émotionnels et de dépendance comparativement aux familles qui ne présentent pas de problématique de cet ordre (Oyserman, Mowbray, Meares et Firminger 2000; Pasquariella, Berlin et Lobel, 1996; Andersen et Hammen, 1993; Kramer, Illife, Murray et Waterman, 1997; Morin et Chalfoun, 2003; Lee et Gotlib, 1989; Ellis et Collings, 1997; Clarke, Rohde, Lewinsohn, Hops et Seeley, 1999; Desjardins, D'Amours, Poissant et Manseau, 2008). Plus spécifiquement, on estime qu'entre 40 et 50 % des jeunes qui ont des parents dépressifs développeront un trouble dépressif avant l'âge de 20 ans et ce sera plus tôt que les enfants de parents qui ne sont pas dépressifs (Beardslee, Keller, Lavori, Staley et Sacks, 1993; Lieb, Isensee, Hofler, Pfister et Wittchen, 2002; Beardslee et MacMillan, 1993). D'autres recherches rapportent aussi 3 fois plus de chance de développer

n'importe lequel des diagnostics et 6 fois plus de chance de développer une dépression, pour l'enfant, si un parent est dépressif comparativement à un groupe contrôle (Goodman et Gotlib, 2002). Cole et Rehm (1986) notent une concordance de 60 % entre le diagnostic d'une dépression chez la mère et chez l'enfant. De plus, lorsqu'un diagnostic d'épisode dépressif majeur avant l'âge de 30 ans a été établi pour l'un des parents, le risque pour leurs enfants d'avoir le même type de trouble est de 13 fois plus élevé que pour les enfants de parents n'ayant pas de troubles dépressifs et de 7 fois plus élevé s'il a été établi au début de l'âge adulte (Wickramaratne et Weissman, 1998). *L'Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes (EQSMJ)*, effectuée auprès de 2400 enfants et adolescents âgés de 6 à 14 ans, fait aussi état de cette statistique.

En somme, plus la maladie du parent est sévère et chronique, plus grande est la probabilité que le jeune soit atteint d'un trouble mental (Ellis et Collings, 1997). Parmi les multiples caractéristiques psychosociales identifiées dans les études épidémiologiques, la présence d'au moins un trouble intériorisé chez les parents semble jouer un rôle majeur dans le développement de ce même type de trouble chez les enfants et les adolescents (Bergeron, Valla, Breton, Gaudet, Berthiaume et Lambert, 2000; Bergeron, Valla, Smolla, Piché, Berthiaume et St-Georges, 2007; Goodman, Hoven, Narrow, Cohen, Fielding et Alegria, 1998; Weissman et coll., 1997; Hammen et Brennan, 2003; Lieb et coll., 2002; Phillips, Hammen, Brennan, Najman et Bor, 2005).

La **comorbidité**, c'est-à-dire la présence chez les parents d'un trouble mental et d'un problème d'abus de drogues, d'alcool ou de médicaments peut accentuer le niveau de stress et rendre plus chaotique encore le fonctionnement familial (Nicholson et coll., 2001; Carter, Garrity-Rokous, Chazan-Cohen, Little et Briggs-Gowan, 2001). Les chercheurs tirent cette conclusion de l'observation de 69 dyades mère-enfant. Trente-trois des mères ne présentaient aucune condition psychopathologique, vingt-neuf étaient dépressives et treize d'entre elles

avaient au moins une autre condition psychopathologique (c'est-à-dire anxiété, trouble de l'alimentation avec ou sans abus de substances). Les interactions entre ces treize mères et leurs enfants affichaient un déficit et le lien d'attachement semblait fragile. Léveillé, Chamberland et Tremblay-Renaud (2007) rappellent que la cooccurrence des troubles mentaux est un phénomène fréquent parmi cette population, car 79% des personnes atteintes de troubles mentaux en cumulent plusieurs (Kessler, McGonagle, Zhao, Nelson, Hughes, Eshleman et Kendler, 1994). Il en est de même lorsqu'il y a cooccurrence d'une psychopathologie au sein de la famille, c'est-à-dire lorsque, par exemple, un des parents connaît des problèmes d'alcoolisme et l'autre présente un trouble mental. Morris et Schinke (1990) écrivent que, comparativement aux mères aux prises avec un trouble mental, mais sans dépendance aux drogues, les mères ayant une dépendance seraient plus exigeantes envers leurs enfants et moins susceptibles de permettre à ceux-ci de poursuivre leur processus d'individuation (Boily, 2009).

De plus, l'**attitude** des parents envers leur maladie peut faciliter l'exercice de leur rôle parental. En effet, reconnaître l'existence du trouble mental, son interférence avec les habiletés parentales et les impacts possibles sur les enfants entraîne généralement une plus grande réceptivité à l'aide offerte et un meilleur respect du traitement médical et psychosocial (Mullick et coll., 2001; Nair et Morrison, 2000). La capacité d'introspection est aussi un facteur de protection contre la négligence envers les enfants. Les mères qui en sont capables ont un comportement maternel plus sensible de sorte que le risque de mauvais traitements est moins élevé (Mullick et coll., 2001; Boily, 2009).

**L'engagement dans un traitement médical et psychosocial** se traduit généralement par une plus grande stabilité des symptômes du trouble mental. Selon Jessup (1996), avec le traitement, l'amélioration et la stabilisation de la maladie de la mère, il y a une plus grande probabilité que les conséquences émotionnelles et développementales pour les enfants soient plus

positives. Rappelons que le refus de s'engager dans un traitement peut être tributaire de considérations particulières comme la peur des mères de perdre la garde de leurs enfants si elles sont identifiées comme atteintes d'un trouble mental (Montgomery, Tompkins Forchuk et French, 2006). Cette même crainte d'être séparée de leurs enfants peut en inciter d'autres à opter pour le silence quant à leur symptomatologie (Reupert et Maybery, 2009), à demander que le traitement soit en clinique externe ou à refuser l'hospitalisation lorsque c'est nécessaire (Kersting, Fisch et Arolt, 2002; Boily, 2009). La médication présente aussi certains effets qui peuvent nuire à l'exercice du rôle parental (Buist, 1998). Les effets de la médication, désagréables pour les parents et négatifs pour l'enfant, conduisent certains parents à cesser de la prendre. Ils compromettent alors la stabilité de leur condition psychiatrique, ce qui a généralement comme conséquence une exacerbation et un envahissement des symptômes qui compliquent l'exercice du rôle parental (Savvidou et coll., 2003).

Les personnes souffrant de troubles mentaux sont aussi exposées à vivre de nombreuses **hospitalisations**. Ces dernières provoquent des ruptures et des désorganisations familiales qui engendrent des conséquences négatives pour les enfants et les membres de l'entourage (Thomas et Kalucy, 2003; Hinden, Biebel, Nicholson et Mehnert, 2005; Desjardins et coll., 2008). L'étude qualitative de Thomas et Kalucy (2003) réalisée auprès de mères et de pères australiens amène les chercheurs à dire que ce manque d'interactions et d'activités est susceptible d'avoir un impact négatif sur les enfants qui sont quelquefois isolés, laissés seuls pour de longues périodes et ne reçoivent peut-être pas les soins émotionnels et physiques adéquats (Boily, 2009). Ces ruptures ont aussi, sur les parents, un impact négatif à long terme qui est susceptible de compromettre leur réhabilitation (Jacobsen et Miller, 1998; Nicholson, Sweeney et Geller, 1998).

### *Les facteurs transgénérationnels liés à l'environnement*

Les **difficultés financières** influencent la qualité de vie et la santé mentale de tous les

membres de la famille (Linver, Brooks-Gunn et Kohen, 2002; Robichaud, 1994) et pourraient être prédictives de problèmes de développement chez les enfants, davantage même que le trouble mental (Ahlstrom, Skarsater et Danielson, 2009; Jones, Macias, Gold, Barreira et Fisher, 2008; Rogosch, Mowbray et Bogat, 1992). Cependant, d'un autre côté, les mères dont le revenu est adéquat affichent un meilleur fonctionnement social, moins de symptômes psychiatriques, moins de problèmes de vie et d'ennuis quotidiens en lien avec leur état psychiatrique (Oyserman, Bybee, Mowbray et MacFarlane, 2002).

L'influence des caractéristiques socioéconomiques dans la transmission intergénérationnelle des troubles intériorisés n'a pas été beaucoup étudiée au cours des dernières années. Cependant, dans l'ensemble, les résultats suggèrent qu'un faible revenu familial augmenterait chez les enfants le risque de développer un trouble intériorisé lorsqu'ils sont exposés à la dépression ou à l'anxiété parentale (Hammen et Brennan, 2003). Beidel et Turner (1997) ont trouvé que les enfants de parents anxieux, vivant dans une famille à plus faible revenu, ont tendance à développer différents troubles mentaux, à l'exception d'un trouble anxieux. Cependant, d'autres résultats sur le sujet sont mitigés puisqu'ils suggèrent qu'un revenu familial élevé (Bergeron et coll., 2000; Bergeron, Valla et Gauthier, 2007; Bergeron et coll., 2007) aussi bien qu'un faible revenu familial (Goodman et coll., 1998) peuvent être associés à la présence de troubles dépressifs ou anxieux chez les enfants et les adolescents.

Dans les années 1990, certaines recherches ont exploré la variation de l'association entre les troubles mentaux des parents et ceux de leurs enfants, selon l'âge et le sexe de l'enfant. En ce qui a trait à **l'âge des enfants**, elle aurait un impact sur la manière dont les femmes atteintes de troubles mentaux se perçoivent. Elles auraient tendance à avoir une image moins positive de leur rôle de mère lorsque les enfants sont d'âge préscolaire (Mowbray et coll., 1995) car ils exigent beaucoup de soins. À cet effet, il est possible que les enfants de moins de trois ans soient plus à

risque d'abus (ou de négligence) parce qu'ils sont très demandant et exigent beaucoup de soins (Boily, 2009) et cet alourdissement de la responsabilité influencerait le taux de dépression chez la mère (Lyons-Ruth et coll., 2000).

De plus, l'exposition à la dépression ou à l'anxiété parentale aurait une influence différente selon le **genre de l'enfant** (Lieb et coll., 2002; Warner, Mufson et Weissman, 1995). Par exemple, les filles adolescentes sont 2 fois plus à risque de développer une dépression comparativement aux garçons (Thorpe, Whitney, Kutcher et Kennedy, 2001; Bradley, McGrath, Brannen et Bagnell, 2010). Par ailleurs, les filles semblent présenter davantage de troubles intériorisés que les garçons (Breton, Bergeron, Valla, Berthiaume, Gaudet et Lambert, 1999; Goodman et coll., 1998; Goodman et Gotlib, 1999; Boily, 2009). Warner et ses collaborateurs (1995) ont observé que, comparativement aux garçons, les filles de parents dépressifs présentaient trois fois plus souvent des troubles dépressifs et deux fois plus souvent des troubles anxieux. Dans l'étude de Lieb et de ses collaborateurs (2002), les garçons exposés à la dépression de l'un des parents présentaient un risque plus élevé de développer un trouble de panique que les filles, tandis que les filles vivant avec deux parents dépressifs présentaient un risque plus élevé que les garçons de développer un trouble de phobie spécifique ou, tout au moins, un trouble anxieux. En revanche, selon d'autres études assez récentes, l'âge et le sexe de l'enfant n'étaient pas associés significativement aux troubles mentaux des enfants de parents atteints d'un trouble intériorisé (Beidel et Turner, 1997; Brennan, Lee et Hammen, 2003; McClure, Brennan, Hammen et Le Brocque, 2001; Weissman et coll., 1997). En résumé, la dépression des parents a des effets sur la vie familiale, sociale et scolaire et elle interfère avec la trajectoire développementale et le fonctionnement de leurs enfants (Bradley et coll., 2010).

Dans un autre ordre d'idées, la situation de la famille est loin d'être la même selon que le parent atteint de trouble mental est le père ou la mère. En effet, les mères semblent mieux

s'ajuster aux bouleversements familiaux qu'entraînent le trouble mental de l'autre parent. Il est toutefois important de rappeler que les pères sont en grande partie absents des études et que le portrait obtenu dans les rares recherches les incluant ne rejoint qu'une portion restreinte de cette population. Quoiqu'il en soit, plusieurs des travaux de recherche ayant abordé l'impact des troubles mentaux du parent sur la famille vont dans le sens d'une plus grande difficulté des pères à assurer la continuité des soins. Ainsi, la recherche de Clausen et Huffine (1979) menée en deux temps auprès de 88 familles, à quinze ans d'intervalle, montre que les épouses semblent s'acquitter de leur double rôle avec plus de compétence que les époux lorsque l'autre parent est malade. Les pères avaient tendance à se tourner vers l'alcool ou à s'absenter de la maison, laissant les enfants seuls pour s'adapter aux difficultés de leur mère. Les chercheurs ont aussi observé davantage de conflits liés à la discipline et à la socialisation lorsque les mères étaient la personne malade.

De plus, précisons que l'ampleur des problèmes familiaux dépend non seulement du degré de **soutien** apporté par les pères, mais également du soutien et de la compétence des membres plus âgés de la fratrie et de la parenté (Boily, 2009). À cet effet, un environnement familial stable et soutenant peut toutefois contribuer à diminuer les risques associés à la maladie mentale du parent (Ellis et Collings, 1997; Desjardins et coll., 2008; Benjet et coll., 2003). L'appartenance à un réseau social est aussi un facteur de la première importance. Les mères qui bénéficient du soutien d'un réseau social ou professionnel seraient plus présentes auprès de leurs enfants et elles développeraient une relation mère-enfant plus positive (Rogosch et coll., 1992). Le réseau les met en contact avec d'autres modèles parentaux dont elles peuvent s'inspirer, s'il y a lieu, pour adopter des attitudes plus adéquates à l'égard de leur enfant (Rogosch et coll., 1992). Les encouragements qu'elles reçoivent grâce au réseau améliorent leur estime d'elle-même et accroissent leur disponibilité à l'égard de leurs enfants (Rogosch et coll., 1992). En somme, il apparaît évident

que le soutien par les pairs contribue au bien-être physique, social et émotionnel de la mère (Corring, 2002) et atténue les impacts du trouble mental sur les enfants (Nicholson et coll., 2001). À l'inverse, un réseau social limité entraînerait des difficultés parentales étant donné l'isolement dans lequel se retrouvent les mères et le peu de ressources sociales auxquelles elles ont accès (Rogosch et coll., 1992). Selon Nicholson et ses collaborateurs (1998), certaines difficultés quant au soutien social des personnes souffrant d'un problème de santé mentale sont reliées à la stigmatisation sociale. Leurs comportements, leurs communications et leurs actions sont vus à travers ce stigmate (Dietrich, Bujantugs, Kenzine, Matchinger et Angermeyer, 2004; Czuchta et McCay, 2001; Lefley, 1992; Beecher, 2009) ce qui influencent l'interaction entre ces personnes et celles composant leur environnement (Camden-Pratt, 2006; Boursnell, 2007).

Cependant, la présence d'un réseau de soutien ne constitue pas nécessairement un facteur de protection. En effet, la qualité de la relation entretenue avec le réseau serait déterminante. Selon Ueno et Kamibeppu (2008), l'environnement émotionnel dans la maison est un grand indice du taux de rechute et de rémission d'une maladie mentale. Ainsi, il semble difficile de conclure que le cumul des situations familiales conflictuelles, en plus de l'exposition aux symptômes dépressifs d'un parent, accentue la probabilité que l'enfant développe un trouble intériorisé, puisque les résultats des études empiriques récentes demeurent contradictoires. En effet, d'un côté, Hammen, Brennan et Shih (2004) ont observé que, chez les adolescents vivant avec une mère dépressive, ceux dont les parents rapportaient un haut niveau de discorde familiale (insatisfaction dans la relation de couple, faible qualité de la relation parent-enfant, événements stressants) avaient davantage de troubles dépressifs. De plus, parmi les adolescents ayant un niveau similaire de conditions d'adversité dans leur milieu familial, ceux qui vivaient avec une mère dépressive présentaient davantage de troubles dépressifs que ceux qui vivaient avec une mère n'ayant aucun trouble dépressif. Cependant, contrairement aux résultats des travaux de

l'équipe de Hammen (Hammen, Brennan et Shih, 2004; Hammen et Rudolph, 2003; Hammen, Shih et Brennan, 2004), une autre étude réalisée par l'équipe de Weissman, Wickramaratne, Nomura, Warner, Verdeli et Pilowsky (2005) stipule qu'aucune mesure de la discorde familiale (état matrimonial, satisfaction de la relation de couple, qualité de la relation mère-enfant, événements stressants vécus par le jeune) n'était associée à la présence de troubles intériorisés chez les enfants de parents dépressifs (Pilowsky, Wickramaratne, Normura et Weissman, 2006). Cependant, les chercheurs s'entendent pour dire que la discorde familiale aurait une influence différente sur les enfants selon l'intensité de la dépression maternelle.

Il est aussi important de mentionner que malgré les risques élevés de tous les ordres, la majorité des enfants surmonte les difficultés associés aux problèmes de leurs parents et mène une vie normale (Boily et coll., 2006; Cyrulnik, 2004). Des facteurs contribueraient à protéger les enfants, c'est-à-dire à les rendre «résilients» (Boily et coll., 2006; Cyrulnik, 2002; Guedeney, 1998; Vitaro, Assad et Carbonneau, 2004). Dans cet ordre d'idée, trois grandes catégories de facteurs augmenteraient la résilience des enfants dont un parent souffre d'un trouble de santé mentale: l'humeur de l'enfant, l'environnement familial et la présence d'un soutien externe à la famille (Garley, Gallop, Johnston et Pipitone, 1997; Guedeney, 1998; Carrière et coll., 2010; Piché, Bergeron et Cyr, 2008).

## **ÉTIOLOGIE DES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE CHEZ LES ENFANTS**

Chez les enfants et les adolescents de la population en général la prévalence globale des troubles intériorisés (trouble dépressif ou anxieux) varie de 10 % à 23 % (Canino, Shrout, Rubio-Stipec, Bird, Bravo et Ramirez, 2004; Costello, Egger et Angold, 2005; Costello, Mustillo, Erkanli, Keeler et Angold, 2003; Ford, Goodman et Meltzer, 2004). Plusieurs auteurs ont également observé une comorbidité élevée entre les troubles dépressifs et les troubles anxieux, qui s'élèverait à plus de 70 % parmi les enfants et les adolescents (Angold, Costello et Erkanli,

1999; Piché et coll., 2008). Cependant, il est important de noter que l'étiologie des troubles dépressifs et anxieux, surtout chez les enfants et les adolescents, est complexe, multifactorielle et doit être considérée dans une perspective développementale (Bergeron et coll., 2000; Bergeron et coll., 2007; Costello, Pine, Hammen, March, Plotsky et Weissman, 2002; Goodman et Gotlib, 1999; Rutter, 2000; Rutter, Moffitt et Caspi, 2006). Dans ce contexte, un éventail de modèles théoriques et d'études empiriques suggèrent que la vulnérabilité en ce qui a trait au développement d'un trouble anxieux et/ou dépressif chez l'enfant pourrait se transmettre au moyen de plusieurs mécanismes comportant des liens complexes entre les facteurs génétiques et environnementaux (Piché et coll., 2008). Les lignes qui suivent font maintenant état de la littérature associée principalement au modèle génétique, au modèle lié à l'attachement ainsi qu'au modèle familial pour expliquer la présence de problèmes de santé mentale chez les enfants.

### *Modèle génétique*

Selon ce modèle, le premier mécanisme responsable de la présence de troubles anxieux chez les parents et les enfants est certainement la transmission génétique. À cet effet, les études sur la génétique démontrent que plus de 50% de la prédisposition à l'anxiété caractérisée par l'inhibition comportementale, la sensibilité à l'anxiété ainsi que la crainte de l'évaluation négative (la critique) est héritée (Robinson, Kagan, Reznick et Corley, 1992; Stein, Jang et Levisley, 2002). Cependant l'inhibition comportementale, qui rend les enfants plus vulnérables aux troubles anxieux, est une variable instable qui ne maintient pas cette disposition à mesure que les enfants grandissent et gagnent en maturité (Kagan et Snidman, 1999; Bögels, 2006). De plus, même si l'hérédité de la prédisposition à l'anxiété a été trouvée aussi élevée que 50%, l'héritabilité du trouble anxieux serait estimé à 30% (Kendler, Neale, Kessler, Heath et Eaves, 1992; Bögels, 2006), taux qui pourrait s'avérer surestimé. En effet, les chances que des jumeaux dizygotes soient tous les deux anxieux sont moins grandes que chez les jumeaux monozygotes

comme si, en étant tous les deux anxieux, ils en venaient à renforcer le comportement de chacun (DiLalla, Kagan et Reznick, 1994; Bögels, 2006). D'autres auteurs parlent d'influences génétiques et biologiques plus précisément comme par exemple la réduction de l'apport sanguin au fœtus comme variables médiatrices entre la dépression maternelle et la psychopathologie de l'enfant (Piché et coll., 2008).

Un intérêt émerge depuis peu, dans la littérature, à l'égard de la possibilité d'interactions réciproques entre l'hérédité et différents facteurs de l'environnement (*gene-environment interplay*) (Rutter et coll., 2006). D'une part, il est suggéré que l'expression des gènes d'un individu serait influencée non seulement par les éléments contenus dans l'ADN héritée de ses deux parents, mais aussi par l'exposition aux caractéristiques de son milieu de vie. Les travaux de l'équipe de Weissman et ses collaborateurs (2005) mettent aussi en évidence l'importance de la présence de troubles dépressifs dans la famille élargie pour la transmission de la vulnérabilité familiale. En effet, les auteurs ont observé que plus de la moitié des enfants (59, 2 %) qui avait à la fois un parent et un grand-parent dépressif présentait un trouble intériorisé ou extériorisé. Par ailleurs, Merikangas, Avenevoli, Dieker et Grillon (1999) ont démontré que les enfants dont les deux parents étaient atteints de troubles anxieux avaient davantage de troubles anxieux comparativement aux enfants dont seulement un des parents était anxieux. Toutefois, selon les résultats d'une étude réalisée par Lieb et ses collaborateurs (2002), les adolescents dont les deux parents sont dépressifs ne présenteraient pas plus de troubles dépressifs que les adolescents dont un seul parent est dépressif.

Ainsi, d'autres dimensions de la psychopathologie parentale devraient être prises en compte dans le cadre des recherches sur l'influence des troubles intériorisés des parents sur ceux de leurs enfants. À cet égard, plusieurs auteurs soulignent non seulement l'importance de la récurrence et de l'hérédité, mais surtout de la gravité des épisodes dépressifs de la mère pour

expliquer le développement des troubles intériorisés des jeunes (Hammen et Brennan, 2003; Warner et coll., 1995; Piché et coll., 2008). De plus, bien que les troubles dépressifs et anxieux semblent avoir une forte composante héréditaire ou génétique (Rice, Harold et Thapar, 2002), les liens de causalité expliquant cette transmission intergénérationnelle n'ont pu être démontrés clairement (Rutter et coll., 2006). Ces exemples montrent que la vulnérabilité de l'enfant à développer un trouble mental peut être expliquée par un modèle multifactoriel, comportant des influences transactionnelles et des interactions dynamiques (Beardslee et coll., 1998; Hammen et Rudolph, 2003; Rice et coll., 2002).

### *Modèle de l'attachement*

Un des facteurs étiologiques pour la présence de troubles anxieux chez les enfants serait l'attachement insécuré avec leurs parents (ou une personne significative). Ainsi, le type d'attachement pourrait prédire le développement de trouble anxieux chez les enfants (Bögels, 2006). Plus spécifiquement, l'attachement au père serait davantage lié aux comportements sociaux chez l'enfant. L'hypothèse pourrait donc être émise que les pères jouent un rôle plus important que les mères en ce qui a trait à l'introduction de l'enfant au monde extérieur à la famille. Dans cet ordre d'idée, un attachement père-enfant sécurisé pourrait jouer un rôle de protection en ce qui a trait au développement de peur/phobie sociale. D'un autre côté, en sachant que les mères jouent le rôle de première personne significative et de premier modèle d'une relation face à face, un attachement sécurisé mère-enfant pourrait jouer un rôle protecteur en ce qui a trait au développement d'anxiété de séparation (Bögels, 2006).

### *Modèle familial*

Plusieurs théories, pour expliquer la cause de la schizophrénie par exemple, ont blâmé les familles (Karon, 2003; Modrow, 1995). Certaines d'entre elles se sont consacrées aux membres

de la famille, surtout les mères, comme cause de la maladie mentale dans la famille (Beecher, 2009).

Emery (1989) suggère 4 processus conjugaux qui peuvent contribuer au développement de troubles anxieux chez les enfants : des modèles de résolution de conflit inefficaces, des pratiques disciplinaires inconstantes, des conflits parentaux affectant le lien parent-enfant et des conflits parentaux agissant comme stresser général dans l'environnement de l'enfant (Bögels, 2006). Selon cet auteur, les enfants aux prises avec des troubles anxieux sont probablement plus exposés aux conflits conjugaux et les troubles anxieux peuvent aussi causer ou exacerber les problèmes conjugaux (Bögels, 2006). Il est aussi reconnu dans la littérature que les familles comptant un parent dépressif ou anxieux ont tendance à se caractériser par des relations parent-enfant difficiles et des relations de couple plus conflictuelles (Costello et coll., 2002; Cummings et Davies, 2002; Elgar, McGrath, Waschbusch, Stewart et Curtis, 2004; Rutter, 2000; Rutter et coll., 2006; Van-Doesum, Hosman et Riksen-Walraven, 2005). Il semble que dans ces familles, les parents créent un environnement qui augmente le risque que leurs enfants développent une psychopathologie.

En ce qui a trait à la cellule familiale, certaines évidences démontrent qu'une faible cohésion autant qu'une cohésion trop élevée ainsi que la présence d'une hiérarchie trop prononcée ou l'absence de celle-ci sont des caractéristiques de la famille associées à l'anxiété chez les enfants même si cela ne semble pas être spécifique au développement de troubles anxieux. Aussi, les relations fusionnelles et enchevêtrées, caractérisées par un manque de différenciation au sein de la famille, sont associées à la présence de symptômes anxieux prononcés (Bögels, 2006). Le sur-contrôle parentale, souvent associé à ce type de relation, a été conceptualisé comme étant une régulation excessive des activités et routines des enfants, l'hypervigilance, l'intrusion ainsi que le découragement en ce qui a trait à la résolution de

problèmes autonomes. Théoriquement, le sur-contrôle parental est aussi associé au développement limité des compétences personnelles chez l'enfant et peut contribuer au développement de l'anxiété chez l'enfant (Barlow, 2002; Chorpita, Albano et Barlow, 1996; Chorpita, Brown et Barlow, 1998; Dadds, 2002; Rapee, 2001). La négativité parentale, qui caractérise souvent les relations davantage désengagées, est conceptualisée comme l'absence de chaleur et d'acceptation dans la famille et opérationnalisée comme la critique et le rejet parental (Hock et Krohne, 1992; Krohne et Hock, 1991; Masia et Morris, 1998; Rapee, 1997; Wood, MacLeod, Sigman, Hwang et Chu, 2003). Ainsi, élever les enfants dans un environnement négatif affecte l'anxiété de l'enfant.

Le «modeling parental» ou l'apprentissage par imitation des comportements anxieux contribuent aussi au développement ou au maintien de l'anxiété chez l'enfant. Dans cet ordre d'idée, le modèle de Van-Doesum et coll. (2005) précise que la transmission intergénérationnelle d'un trouble mental peut dépendre de plusieurs mécanismes sous-jacents à la relation mère-enfant. Un de ces mécanismes serait l'apprentissage vicariant soit que l'enfant peut imiter le comportement, l'affect dépressif ou le comportement irritable et hostile de sa mère. Ce modèle parle aussi de la régulation mutuelle soit que l'enfant modifie son comportement en fonction de celui de sa mère (Piché et coll., 2008). En somme, il a été observé que les enfants de mère dépressive ont tendance à imiter les attitudes et les comportements de celle-ci et ainsi à présenter une humeur plus irritable et dépressive. Cette situation pourrait, en retour, avoir un effet négatif sur le comportement maternel (Elgar et coll., 2004; Rutter et coll., 2006).

## **INTERVENTION**

Les lignes qui vont suivre énumèrent plus spécifiquement les types d'intervention relevés dans la littérature auprès des familles qui sont aux prises avec une problématique de santé mentale. Il est important de mentionner qu'ils ne parlent souvent que du traitement d'un seul

membre de la famille et supposent donc que les enfants ne souffrent pas nécessairement d'un problème de santé mentale ou l'inverse. Les principaux types d'intervention ont donc été regroupés sous les catégories des psychothérapies, de la psychoéducation, de la pharmacologie ainsi que de la thérapie familiale.

### *Pharmacologie*

Quelques recherches ont établi l'aspect sécuritaire et efficace de l'utilisation de la médication dans le traitement de la dépression chez les adolescents (Emslie et coll., 1999). Cependant, seulement trois études effectuées sur les médicaments inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) ont démontré des résultats positifs (Emslie, Heiligenstein, Wagner, Hoog, Ernest et Brown, 2002; Emslie, Rush, Weinberg, Kowatch, Hughes et Carmody, 1997; Keller, Ryan, Strober, Klein, Kutcher et Birmaher, 2001). Hazel (2007) affirme, quant à lui, que les adolescents dépressifs peuvent être traités uniquement avec les ISRS. D'autres chercheurs mentionnent que les médicaments sont souvent recommandés en premier lieu lors des interventions auprès des adolescents (Birmaher, Ryan, Williamson, Brent et Raufman, 1996; Diamond, Siqueland et Diamond, 2003). Cependant, la prise d'antidépresseurs a tendance à avoir un effet dissuasif chez les adolescentes étant donné la possible prise de poids tandis que chez les garçons elle est associée aux possibles effets sur le désir sexuel. La pression sociale existante chez les filles d'être mince (Stice and Whitenton 2002) et chez les garçons d'être performant au niveau sexuel (Murphy 2001) peut expliquer la différence entre les genres en ce qui a trait aux effets dissuasifs de la prise d'antidépresseurs (Bradley et al., 2010).

### *Psychoéducation familiale*

Les familles sont rarement impliquées dans le traitement d'un membre qui souffre d'un problème de santé mentale (Dixon, Postrado, Delahanty, Fisher et Lehman, 1999; Mohr, 2000). La psychoéducation familiale vise donc l'éducation, le support émotionnel et pratique, le

développement d'habiletés dans la résolution de problème ainsi qu'en contexte de crise chez le parent (Dixon, Adams et Lucksted, 2000). Elle permet aussi de diminuer le blâme qui peut peser sur les familles en les rendant actives, informées et en favorisant leurs forces. En ce qui a trait aux objectifs globaux d'intervention, les chercheurs suggèrent plusieurs orientations. L'un d'entre eux serait de favoriser l'expression des sentiments en ce qui a trait à la compréhension de la maladie ainsi que la discussion avec le conjoint et les enfants (Focht-Birkerts et Beardslee, 2000; Pitman et Matthey, 2004; Riebschleger, 2004). La psychoéducation familiale a prouvé son efficacité dans différents domaines : la diminution des rechutes (taux), la diminution de la sévérité des symptômes liés à l'humeur, la diminution des coûts liés au soin des clients, une augmentation des connaissances en ce qui a trait aux troubles de l'humeur, des interactions familiales plus positives, une amélioration des habiletés de *coping* ainsi que la satisfaction des parents et des enfants à l'égard du traitement (Fristad, 2006; Fristad, Goldberg-Arnold et Gavazzi, 2003; Fristad, Verducci, Walters et Young, 2009; Leffler, Fristad et Klaus, 2010).

La psychoéducation familiale a aussi démontré son efficacité avec différents troubles mentaux (Dixon et coll., 1999; Beecher, 2009). Une étude pilote, comprenant quarante-et-un adolescents dépressifs, effectuée par Sanford, Boyle, McCleary, Miller, Steele, Duku et Offord, (2006) aurait démontré des évidences en ce qui a trait à l'efficacité de l'ajout d'un aspect psychoéducatif au traitement d'adolescents dépressifs qui participaient à une thérapie individuelle ou de groupe et/ou à un traitement pharmacologique (Larner, 2009). La *family-based psychoeducational psychotherapy (PEP)* s'inscrit dans l'optique de la psychoéducation familiale. Elle a été développée pour informer les parents et les enfants sur le trouble de l'humeur, la pharmacothérapie, la santé mentale et les habiletés de *coping*.

### *Psychothérapies*

Des recherches limitées ont été effectuées dans le traitement psychosocial. Dans la plus

récente revue de littérature (Kaslow et Thompson, 1998) huit traitements et études sur la prévention chez les adolescents déprimés ont eu lieu. Depuis ce temps, trois nouvelles études ont été complétées (Clarke et coll., 1999; Mufson, Weissman, Moreau et Garfinkel, 1999; Rossello et Bernal, 1999). Six de ces études ont utilisé la thérapie cognitivo-comportementale (CBT) (Brent, Holder, Kolko, Birmaher, Baugher et Roth, 1997; Clarke, Hawkins, Murphy, Sheeber, Lewinsohn et Seeley, 1995; Lewinsohn, Clark, Hops et Andrews, 1990; Lewinsohn, Clark, Rhode, Hops et Seeley, 1996; Reynolds et Coats, 1986; Rossello et Bernal, 1999) et trois se sont intéressées à la thérapie individuelle (TI) (Mufson, Moreau, Weissman, Wickramarathe, Martin et Samoïlov, 1994; Rossello et Bernal, 1999; Mueser, Torrey, Lynde, Singer et Drake, 2003). Toutes les études ont démontré des résultats positifs pour les traitements actifs et un maintien des améliorations entre six mois et deux ans suite au traitement. Cependant, peu de différence ont été remarquées entre les deux types de traitement (CBT vs TI) (Diamond et coll., 2003).

De plus, seulement trois de ces études se sont attardées aux parents et aux familles. Deux études réalisées par Lewinsohn, Rohde, Seeley et Fisher (1993), incluant l'entraînement des parents à certaines habiletés dans une thérapie cognitivo-comportementale, n'ont pas mené à des améliorations significatives. Dans un même ordre d'idées, Brent et coll. (1997) ont testé une thérapie familiale, une CBT ainsi qu'une psychothérapie individuelle agissant comme groupe contrôle. Même si la CBT a produit des résultats plus rapidement que les autres types de traitement, entre 60 et 70% des patients ont montré des améliorations semblables, et ce, malgré le type de traitement (Diamond et coll., 2003). Quelques recherches suggèrent que la dépression est traitée de façon plus efficace avec la combinaison de la médication et de la CBT ou de la *Interpersonnal Therapy* (IPT) et qu'ajouter la thérapie familiale à cette combinaison améliore l'efficacité du traitement. Cependant, certaines études ne sont pas arrivées à démontrer la supériorité de la CBT par rapport à la IPT (David-Ferdon et Kaslow, 2008; Lerner, 2009) et

d'autres ont échoué dans leur tentative de prouver que la combinaison des deux était plus efficace comparativement au traitement pharmacologique seul (Dubicka et Wilkinson, 2007). Des approches non behavioristes ont aussi démontré leur efficacité (Larner, 2009). Les résultats de ces études s'entendent pour dire que la combinaison de la thérapie individuelle, de la thérapie cognitivo-comportementale ainsi que la prise d'antidépresseurs est recommandée pour le traitement des symptômes dépressifs sévères (Cheung, Zuckerbrot, Jensen, Ghalib, Laraque et Stein, 2007; Bradley et coll., 2010).

En règle générale, la littérature supporte la thérapie cognitivo-comportementale, la thérapie individuelle et l'utilisation avec précaution de la pharmacothérapie comme traitements efficaces empiriquement démontrés (Miller, Glinski, Woodbury, Mitchell et Indik, 2002; Chan, 2005; Cottrell et Kraam, 2005; Hamrin et Pachler, 2005; Allen, Insabella, Maryfrances, Smith, Land et Phillipps, 2006; TADS, 2007; David-Ferdon et Kaslow, 2008). Cependant, le taux de rémission est de 56,5% en ce qui a trait aux troubles anxieux chez les enfants traités avec le traitement cognitivo-comportemental (Cartwright-Hatton, Roberts, Chitsabesan, Fothergill et Harrington, 2004) ce qui indique clairement le besoin pour les futures recherches d'investiguer d'autres options de traitement pour ce type de trouble chez les enfants (Bögels, 2006).

Miklowitz, Simineau, George, Richards, Kalbag, Sachs-Ericsson et Suddath (2000) ont développé un traitement behavioral familial pour le traitement du trouble bipolaire appelé la *family-focused therapy* (FFT). Comparée à l'intervention de crise de routine réalisée auprès d'adolescents aux prises avec un trouble bipolaire, la FFT s'est avérée en mesure de diminuer les chances de rechute. Les changements les plus significatifs se sont effectués en ce qui a trait à l'expression d'émotion ainsi qu'à une stabilisation des symptômes associés au trouble bipolaire (Larner, 2009).

Diamond et coll. (2003) ont aussi développé une thérapie brève appelé la *Attachment-*

*based family therapy* (ABFT) en se basant sur le fait que la dépression chez les adolescents est vue comme un échec dans la relation d'attachement, les conflits relationnels ainsi que les difficultés associées à la négociation de l'autonomie avec les parents. Des études subséquentes (Diamond, Diamond et Hogue, 2007; Moran and Diamond, 2008) ont démontré que la thérapie aidait la quête d'autonomie chez l'adolescent, l'harmonie familiale ainsi que la réduction de la négativité parentale envers leur adolescent dépressif (Larner, 2009).

En somme, les recherches de Clarke, Hornbrook, Lynch, Polen, Gall et Beardslee (2001) proposent une approche d'intervention de groupe où les jeunes ayant un parent atteint d'un trouble mental apprennent à nouer des relations sociales avec leurs pairs ce qui jouent parfois un rôle d'amortisseur de choc et diminue l'impact du trouble mental sévère du parent chez l'enfant (Garmezy, 1987; Finzy et Stabge, 1997). De plus, les recherches effectuées auprès d'enfants de parents aux prises avec un problème de santé mentale mentionnent que ces derniers souffrent d'isolement social, de faible estime d'eux-mêmes, d'anxiété, qu'ils sont hypersensibles à leur environnement et ont tendance à se replier dans leur monde imaginaire (Garmezy, 1987; Goodman, 1987; Hans, Marcus, Henson et Auerbach, 1992; Finzi et Stabge, 1997). Les résultats de l'évaluation réalisée avec un devis randomisé avec un groupe témoin révèlent, quinze mois après l'intervention, que les participants du groupe expérimental présentent une incidence de dépression trois fois moins élevée que ceux du groupe témoin (9,3 % versus 28,8%) (Desjardins et coll., 2008). Les contacts, avec d'autres enfants qui vivent des situations semblables, peuvent les aider à comprendre les comportements parfois bizarres de leurs parents en lien avec leur maladie, ont parfois permis aux enfants de mieux s'adapter à la situation et de développer de bonnes stratégies de coping (Anthony, 1974; Sturges, 1977; Kauffman, Grunebaum, Cohler et Gamer, 1979). De plus, il est permis de penser qu'un soutien précoce auprès des parents qui souffrent d'un problème de santé mentale peut faire toute la différence pour le maintien des

habiletés parentales. En effet, tout comme les enfants, les parents qui adhèrent à un groupe de pairs pourraient tirer profit de l'expérience des autres participants et partager ce que leur enseigne leur propre expérience de vie.

### *Intervention familiale*

Souvent la famille et les instances qui œuvrent dans le domaine de la santé mentale ne s'entendent pas sur les besoins liés aux familles de gens souffrant de problème de santé mentale (Rose, Mallinson et Walton-Moss, 2004). À cet effet, plusieurs professionnels ont des contacts limités avec la famille car ils expriment certaines résistances à engager les familles comme participant aux soins et à reconnaître le besoin de support des familles (Kaas et coll., 2003; Mason, 2006). De plus, ils tendent à se concentrer sur la réduction des symptômes et le respect de la posologie de la médication. Cependant, récemment, des recommandations ont été émises au niveau national fin de développer une compréhension plus aiguisée des interventions familiales ainsi que des interventions dans le milieu naturel (Nicholson et coll., 2001; Mason, 2006). L'implication des parents et de la famille dans les traitements est recommandée comme meilleure pratique particulièrement lorsqu'il y a présence d'une composante culturelle (Larner, 2009). De plus, *l'American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* (AACAP, 2007) affirme que l'implication des famille dans le traitement de la dépression chez les adolescents est essentielle sans quoi, selon eux, il est impossible de traiter avec succès un enfant ou un adolescent.

Ainsi, les institutions qui offrent des services en santé mentale se doivent d'être à l'affût du haut taux de dépression chez les enfants lorsqu'un des parents est diagnostiqué comme étant dépressif (Wolfe 1999). De plus, le traitement de la dépression chez la mère peut avoir des bénéfices sur la diminution du potentiel de risque de dépression chez les enfants (Leshield, Chiodo, Whitehead et Hurley, 2005) et le fait de ne pas traiter l'anxiété parentale peut significativement compromettre l'efficacité du traitement chez les enfants aux prises avec un

trouble anxieux (Cobham, Dadds et Spence, 1998). En effet, lorsque les traits anxieux des parents étaient inclus dans le traitement de leurs enfants anxieux, 77% d'entre eux se débarrassaient de leur trouble lorsque l'intervention se terminait. Si l'anxiété parentale n'était pas traitée, seulement 39% des enfants ne rencontraient plus les critères de leur trouble à la fin de leur propre programme de traitement. De plus, les résultats étaient maintenus lors d'un suivi un an plus tard (Cobham et coll., 1998; Bögels, 2006). Dans cette optique, le développement des traitements familiaux s'avèrent pertinent pour cette population particulière (Kazdin, 1991; Kutcher, Boulos, Ward, Marton, Simeon et Ferguson, 1994).

Plus particulièrement, une intervention familiale est menée auprès d'un enfant identifié comme le malade (patient désigné) et ses auteurs considèrent le symptôme de ce dernier comme l'expression d'un problème familial. Corollairement, l'intervention ignore jusqu'à un certain point ce symptôme et se centre sur les problèmes qu'il sert à dissimuler ou à exprimer (Haley, 1971). Dans un tel contexte, le symptôme peut être considéré comme un signal de détresse à propos d'un problème inhérent aux relations familiales ou des difficultés d'un autre membre de la famille. Ainsi, les progrès de la thérapie dans la solution des problèmes familiaux sous-jacents à ce symptôme devraient le faire disparaître. Dans cette optique, l'intervention de type familiale considère que la discorde familiale, la dépression chez les parents, les conflits conjugaux, les pratiques parentales inefficaces, les liens d'attachement non présents ainsi que des relations parent-enfant négatives sont des facteurs qui jouent un rôle critique dans le développement, le maintien et les rechutes de la dépression chez les adolescents (Asarnow et coll., 1993; Birmaher, Brent, Kolko, Baugher, Bridge et Holder, 2000; Burbach et Borduin, 1986; Emslie et coll., 1999; Goodyer et coll., 1997; Keitner et coll., 1987; Harris, Brown et Bifulco, 1986; Cummings et Davies, 1994; Greenberg, Siegel et Leitch, 1983; Weissman et Paykel, 1974; Diamond et coll., 2003).

De plus, une des perspectives interpersonnelles de la dépression propose que, chez les adolescents, elle peut être associée à l'échec dans la négociation de l'autonomie par rapport à leurs parents alors qu'ils veulent préserver la proximité et l'intimité (Allen et Land, 1999; Powers et Welsh, 1999). Cette approche est fondée sur le fait qu'une individuation saine dépend de la continuité qui s'établit dans la relation parent-enfant (Grotovant et Cooper, 1993; Steinberg, 1990). Afin d'accomplir cette tâche développementale, la famille doit être en mesure de tolérer un degré passablement élevé de conflit alors que l'adolescent se trouve dans la revendication de son autonomie (Baumrind, 1987; Holmbeck, 1996; Smetana et Dillard, 1992). Néanmoins, il est important de souligner que ni les conflits extrêmes ni l'absence de conflit ne rend plus facile l'accomplissement de cette tâche développementale (Diamond et coll., 2003).

L'étude de Cottrell (2003) suggère que la thérapie familiale en complément à la thérapie cognitivo-comportementale préviendrait les rechutes de la dépression chez les jeunes après un certain stade du traitement. L'étude de Brent et coll. (1997) qui comparait la CBT, la psychothérapie soutenante et la thérapie systémique familiale behaviorale concluait que la CBT était plus efficace dans la réduction des symptômes. De plus, lors d'un suivi post-traitement un an et deux ans plus tard, les trois traitements avaient aidé les adolescents à réduire le risque suicidaire et permis la rémission de la dépression (Larner, 2009). Dans une autre de ses études, Brent, Kolko, Birmaher, Baugher et Brodige, (1999) ont découvert que le traitement d'adolescents aux prises avec des symptômes dépressifs sévères qui vivaient avec des familles problématiques avait nécessité la thérapie familiale pour prévenir la rechute. Une étude de Kolko, Brent, Baugher, Bridge et Birmaher (2000) affirme que la CBT est plus efficace durant la phase aiguë du traitement mais qu'après deux ans, la thérapie familiale avait produit des changements significatifs au niveau des conflits familiaux et de la relation parent-enfant (Larner, 2009).

Il semble donc théoriquement clair que les parents doivent être impliqués dans le

traitement de leur enfant anxieux (Ginsburg, Silverman et Kurtines, 1995). Cependant, lorsque l'on s'attarde aux bénéfices de leur présence, les résultats sont non concluants. En effet, seules quelques études (deux en comptant celle mentionnée plus haut donc Barrett, Dadds et Rapee, 1996; Cobham et coll., 1998) démontrent un changement significatif lorsque l'on compare le traitement d'enfants anxieux avec ou sans la présence des parents comparativement à une liste d'attente (Mendlowitz, Manassi, Bradley, Scapillato, Miezig et Shaw, 1999; Nauta, Scholing, Emmelkamp et Minderaa, 2001; Nauta, Scholing, Emmelkamp et Minderaa, 2003; Shortt, Barrett et Fox, 2001; Spence, Donovan et Brechman-Toussaint, 2000). Cependant, même si les preuves de l'efficacité de la thérapie familiale avec les adolescents sont limitées, elles sont encourageantes (Larner, 2009). Tous les auteurs s'entendent aussi pour dire que sans un traitement approprié, il y a un haut risque de transmission intergénérationnelle de la dépression dans les familles à risque (Oyserman et coll. 2002).

Finalement, il est important de mentionner que les patients qui reçoivent le traitement de leur choix, que ce soit psychologique, pharmacologique, familial ou une combinaison de ceux-ci, sont plus susceptibles de demeurer dans la démarche de traitement et de guérir (TenHave, Coyne, Salzer et Katz, 2003). En effet, chez les patients qui reçoivent leur type de traitement de prédilection, on observe une diminution plus marquée des symptômes que chez ceux qui n'ont pas reçu le traitement de leur choix (Lin, Campbell, Chaney, Liu, Heagerty et Felker, 2005).

## **EN RESUME**

En résumé, il faut mentionner que les parents qui souffrent d'un problème de santé mentale, particulièrement les mères dépressives et anxieuses peuvent se montrer plus contrôlantes, coercitives et restrictives envers leurs enfants. Les parents souffrant d'une problématique de santé mentale oscillent aussi entre une attitude de surprotection et de contrôle et une trop grande permissivité. De plus les mères sont moins disponibles émotionnellement,

n'interagissent pas avec réciprocité, ne sont pas encourageantes, moins affectueuses, moins disponibles et moins en mesure de différencier leurs propres besoins de ceux de leurs enfants comparativement aux mères sans problème de santé mentale. Les parents dépressifs seraient aussi moins capables de fournir à leurs enfants le soutien nécessaire pour qu'ils développent leur conscience identitaire et apprennent à gérer leurs émotions et à résoudre leurs problèmes. Finalement, certaines études démontrent que davantage de conflits entre les parents, de contrôle parental à l'égard de l'enfant, qu'une faible cohésion autant qu'une cohésion trop élevée ainsi que la présence d'une hiérarchie trop prononcée ou l'absence de celle-ci sont des caractéristiques associées aux parents souffrant d'une problématique de santé mentale ainsi qu'au développement d'anxiété chez les enfants. Cependant, cela ne semble pas être spécifique au développement de troubles anxieux. De plus, les relations fusionnelles, enchevêtrées caractérisées par un manque de différenciation au sein de la famille sont associées à la présence de symptômes anxieux prononcés (Bögels, 2006).

Dans le cadre de mon projet, le modèle explicatif retenu pour expliquer la présence d'un problème de santé mentale chez l'enfant est le modèle familial. En ce qui a trait au type d'intervention, il est important de noter qu'une étude récente effectuée par Trowell, Joffe, Campbell, Clemente, Almquist et Soininen, (2007) souligne que la thérapie individuelle et la thérapie familiale systémique seraient toutes les deux efficaces dans la réduction des symptômes modérés à sévères de la dépression chez les adolescents (Larner, 2009). Néanmoins, la thérapie familiale systémique peut favoriser l'instauration d'une plus grande cohésion familiale. La médication, quant à elle, serait une composante principale pour le traitement des troubles bipolaires tandis que les interventions psychosociales joueraient un rôle dans la promotion du respect du traitement, dans l'enseignement d'habiletés nécessaires advenant le cas d'une rechute, dans le développement d'un réseau social et de soutien (Cyrulnik, 2002; Garley et coll., 1997;

Guedeney, 1998; Davey, Dziurawiec, O'Brien-Malone, 2006), la validation des forces maternelles (Oyserman, Mowbray et Zemencuk, 1994; Oyserman et coll., 2000) ainsi que l'amélioration du fonctionnement social (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2007; Kowatch, Fristad, Birmaher, Wagner, Findling et Hellander, 2005; Leffler et coll., 2010). De plus, tous les traitements développés pour les jeunes aux prises avec des troubles de l'humeur devraient comprendre une composante psychoéducative (Young et Fristad, 2007). Finalement, des pratiques d'intervention prometteuses suggèrent qu'améliorer la relation d'attachement entre le parent et l'enfant pourrait aider dans le traitement des troubles anxieux (Diamond et coll., 2003; Bögels, 2006).

En somme, la présente recension des écrits ne m'a pas permis de découvrir des pratiques qui s'effectuent auprès d'un parent ET d'un enfant souffrant simultanément d'un problème de santé mentale. Cependant, l'implication de la famille dans le processus semble pertinente et mon projet s'inscrit dans cette optique innovatrice d'amélioration de la dynamique familiale. Cette constatation m'amène à me poser la question suivante : Comment l'entretien de type familial (la thérapie familiale), en contexte de CLSC avec une clientèle volontaire, fait dans le cadre d'une approche systémique, est approprié auprès d'un parent ET d'un enfant souffrant simultanément d'un problème de santé mentale ?

## **CHAPITRE 2 : CADRE D'ANALYSE**

Afin de répondre à la question à savoir si l'entretien de type familial (la thérapie familiale), fait dans le cadre d'une approche systémique, est approprié dans le traitement d'un parent ET d'un enfant souffrant simultanément d'un problème de santé mentale, il sera tout d'abord question des théories et des modèles systémiques dans le traitement des troubles mentaux. Trois modèles théoriques ont servi de cadre de référence aux premiers thérapeutes familiaux. Il s'agit de la théorie générale des systèmes (Von Bertalanffy, 1973), de la

cybernétique (Wiener, 1952) ainsi que de la théorie de la communication (Bateson et Ruesch, 1988) et elles constituent le cadre d'analyse retenu pour effectuer mon projet. Par la suite, il sera question de l'approche d'intervention retenue. Dans cet ordre d'idées, mon projet d'intervention a été inspiré de notions et de techniques thérapeutiques familiales systémiques structurales et intergénérationnelles.

## **LA THÉORIE DES SYSTÈMES**

C'est au biologiste Ludwig Von Bertalanffy, en 1939, que l'on doit la théorie générale des systèmes (Pauzé, 1995). C'est en s'inspirant de cette théorie que les premiers thérapeutes familiaux ont commencé à concevoir la famille comme un système fonctionnant comme un tout autorégulé et ouvert, c'est-à-dire comme un système relativement autonome et spécifique ayant un fonctionnement qui lui est propre (Pauzé, 1995; Anaut, 2005). Dans cette optique, le groupe familial est envisagé comme un système de personnes en relation, dans lequel il s'agit d'étudier les modalités d'interaction entre les composantes de ce système à partir d'observation des modes de communications, des codes d'échanges d'informations et des types de transactions verbales et comportementales (Anaut, 2005). La famille est aussi soumise à des lois de fonctionnement interne très précises et susceptible de présenter parfois des perturbations équivalentes aux symptômes (Anaut, 2005). En somme, la famille est donc comparée à un système ouvert, en interaction avec l'environnement et donc en évolution constante (Albernhe et Albernhe, 2008).

L'étude de différents systèmes a permis à Von Bertalanffy (1939) d'identifier les trois propriétés principales d'un système ouvert à l'équilibre, soit la totalité, l'autorégulation (homéostasie) et l'équifinalité (Pauzé, 1995; Albernhe et Albernhe, 2008). La totalité du système renvoie à un tout constitué d'un assemblage d'éléments en interrelation constante. Cela signifie que tout changement d'un des éléments a un effet sur l'ensemble du système et donc indirectement sur les autres éléments (Albernhe et Albernhe, 2008). La non-sommativité des

éléments s'inscrit dans ce principe. Elle stipule que l'ensemble du système n'est pas réductible à la somme de ses membres. L'interaction constante des membres fait que les possibilités interactives du système se trouvent multipliées et non plus seulement additionnées comme s'il s'agissait d'une simple juxtaposition d'éléments autonomes (Albernhe et Albernhe, 2008). Un autre principe est celui d'équifinalité. Le fait que le système forme un tout, unique et cohérent, bien que composé d'éléments distincts, a pour conséquence l'existence d'interactions spécifiques, très codifiées (Albernhe et Albernhe, 2008). Finalement par le principe de l'homéostasie Von Bertalanffy (1939) a démontré l'importance des mécanismes de «feedback» qui attira l'attention des thérapeutes familiaux sur l'existence de forces antagonistes, dont l'équifinalité était, au total, le maintien d'une stabilité du système. Vu sous cet angle, le symptôme apparaît comme une lutte de l'ensemble de la famille pour ramener le système à un état d'équilibre antérieur, capable de perpétuer le fonctionnement familial (Albernhe et Albernhe, 2008).

En somme, selon la théorie de Von Bertalanffy chaque système vivant est caractérisé par deux fonctions apparemment contradictoires, la tendance homéostatique et la capacité de transformation (Adler, Ausloos, Beday, Doret, Eisenring, Julier et Verchery, 1981). Suivant le principe de l'homéostasie, la famille se comporte de façon à maintenir un équilibre dans ses rapports (Adler et coll., 1981). En fait, il semble bien qu'une famille consulte quand les symptômes d'un des membres sont devenus tels qu'ils risquent de déséquilibrer le système. On pourrait ainsi croire que la demande de la famille est une demande de changement. Néanmoins, il n'en est rien puisque la demande du système vise à maintenir le statu quo. Dans cette optique, le patient désigné, à travers sa pathologie, est considéré en quelque sorte comme le garant du maintien de l'homéostasie familiale (Anaut, 2005).

## LA CYBERNÉTIQUE

À la même époque, Wiener (1948) publie son ouvrage intitulé *Cybernetics*. Cette science se propose d'étudier le contrôle et la communication chez l'animal et la machine. Tandis que la cybernétique de premier ordre s'est intéressée à la description du système ouvert observé tel que décrit plus haut, la cybernétique de second ordre s'est préoccupée du système observant (Albernhe et Albernhe, 2008). Elle stipule que l'observateur (l'intervenant) se retrouve partie prenante du système qu'il observe et qui, en fin de compte, l'inclut lui-même. L'observateur délaisse aussi des quantités phénoménales d'informations car ce qu'il observe il ne peut le voir qu'à travers sa propre grille de lecture personnelle, conditionnée par son histoire. Autrement dit, il déforme ce qu'il voit, n'en voit qu'une partie et ne voit que ce qu'il est habitué de voir. Dans cet ordre d'idées, tout changement important d'un composant du système provoque inévitablement une modification globale de l'ensemble.

## LA THÉORIE DE LA COMMUNICATION

Pour Gregory Bateson, la psychologie doit tenir compte du réseau relationnel de la personne et ne pas se centrer uniquement sur les déterminismes intrapsychiques puisque la façon dont les individus se comportent est déterminée par les réactions de son entourage (Elkaïm, 2003). C'est donc à Gregory Bateson que revient le mérite d'avoir reconnu l'importance capitale de la communication dans l'apprentissage, dans la connaissance et plus particulièrement dans les relations.

Par la suite, la théorie de la communication a connu un essor remarquable dans les années 70 grâce aux publications de l'École de Palo Alto et à la fondation de la *Mental Research Institut* (MRI), projet auquel contribueront notamment Virginia Satir et Paul Watzlawick. L'un des fondements théoriques les plus notables des chercheurs de l'école de Palo Alto a été leur contribution à l'étude des paradoxes dans la communication et leur influence dans les relations

pathologiques familiales (Anaut, 2005). Ainsi, imprégnés des fondements théoriques de la théorie de Bateson, les chercheurs du MRI vont centrer leurs efforts sur la modification des règles du système familial pour faire en sorte que le symptôme porté par l'un de ses membres disparaisse.

La théorie générale des systèmes cède alors la place aux techniques de changement (Elkaïm, 2003). Avec cette nouvelle équipe et cette nouvelle vision, l'objet de la thérapie n'est plus le porteur du symptôme mais tout le système de relations de la cellule familiale (Elkaïm, 2003). Toute la difficulté de la thérapie consiste donc à faire en sorte que les membres du système se comportent différemment afin de modifier les interactions de telle manière que le symptôme devienne inutile ou inadéquat. On se met à observer de près, puis à enregistrer et à filmer les interactions afin de mieux discerner les indicateurs relationnels (Elkaïm, 2003). L'attitude du thérapeute et sa relation avec les patients changent radicalement (Elkaïm, 2003). D'une écoute neutre et bienveillante on passe à une attitude «interventionniste». Le thérapeute devient un agent actif de changement et il se met à prescrire à ses patients des tâches comportementales à effectuer pendant les séances ou à la maison.

Bateson travaille aussi avec le psychiatre Jurgen Ruesh et les deux hommes mettent en évidence des aspects, jusque là, ignorés du langage verbal et non-verbal qui laissent entrevoir des possibilités très sérieuses d'aborder la maladie mentale sous un jour nouveau et prometteur. Avec d'autres chercheurs, ils se mettent à étudier la façon dont les familles des patients (mère en particulier) communiquent avec ces derniers. La théorie de la *double contrainte* émerge et propose une explication de la schizophrénie en relation avec un phénomène interpersonnel (Elkaïm, 2003). Ainsi, la maladie mentale n'est plus considérée comme la conséquence d'un psychisme perturbé mais comme un trouble de la communication au sein de la cellule familiale (Elkaïm, 2003). En effet, l'hypothèse de la *double contrainte* implique une vision systémique de la maladie mentale, souligne l'importance de la confusion aux niveaux logiques, résume la

théorie batesonienne de l'apprentissage et surtout définit la maladie mentale comme un trouble de la communication changeant ainsi fondamentalement la perspective thérapeutique (Elkaïm, 2003). Elle deviendra un des jalons essentiels de l'histoire de la thérapie familiale.

Lorsqu'on parle de cette théorie, on pense aussi à Paul Watzlawick et à ses collègues. Selon sa théorie, la communication familiale ne se réduit pas au message verbal et non verbal, mais tout comportement social a une valeur communicative (Anaut, 2005). Dans *Une logique de la communication* Watzlawick et ses collaborateurs en ont présenté les fondements sous la forme de cinq axiomes (Balas, 2008; Watzlawick, Beavin et Jackson, 1972). Le premier stipule qu'on ne peut pas ne pas communiquer. Le deuxième axiome affirme que les êtres humains usent de deux modes de communication soit la communication numérique et analogique. La communication numérique fait référence au langage (clair, précis et souple) et la communication analogique aux comportements soit à la relation analogique entre ce qui est perçu à l'extérieur et ce qui est vécu à l'intérieur. Le prochain axiome stipule que toute communication présente deux aspects soit le contenu et la relation, le second englobant le premier et étant de ce fait une métacommunication (une communication sur la communication). Le quatrième axiome considère que tout échange de communication est symétrique (réaction semblable avec une escalade) ou complémentaire (réaction complémentaire différente ou en opposition avec une escalade) selon qu'il se fonde sur l'égalité ou la différence. L'alternance assure l'équilibre. Finalement, le dernier axiome fait référence à la nature d'une relation qui dépend de la ponctuation des séquences de communication entre les partenaires.

## **L'APPROCHE D'INTERVENTION**

### ***Définition***

La thérapie familiale peut être définie comme une psychothérapie collective qui vise à traiter l'ensemble d'une famille dans laquelle se trouve un ou des patients considérés comme

malades (Anaut, 2005). Elle constitue l'étude du contexte à partir duquel un symptôme apparaît. Au lieu d'être centrée sur le cas individuel d'un patient, l'action thérapeutique s'adresse donc à tout le groupe familial. En thérapie familiale systémique, le présupposé théorique est donc que la famille en souffrance produit des liens pathogènes (ou présente un dysfonctionnement relationnel général) qui se traduisent par des troubles comportementaux importants ou bien par une psychopathologie apparaissant chez un ou plusieurs de ses membres (Anaut, 2005). Le membre de la famille qui présente les troubles ou la pathologie est donc considéré comme porteur du symptôme du malaise du groupe familial et sera appelé le patient-désigné.

Cependant, dans l'abord des thérapies impliquant la famille, nous devons faire une distinction entre prise en compte de la famille et prise en charge de la famille (Anaut, 2005). En effet, dans le premier cas, la thérapie inclut la prise en considération dans l'anamnèse du contexte familial, de sa structure, des modes relationnels, etc., mais le soin concerne le patient (Anaut, 2005). En revanche, dans le second cas, c'est véritablement la famille qui est prise en charge en tant qu'unité en thérapie, autrement dit c'est l'ensemble du groupe familial qui est en situation de soin (Anaut, 2005). Dans l'approche systémique, c'est la famille dans son ensemble qui est considérée comme malade, souffrante ou perturbée, même si un des membres du groupe familial semble seul porter cette souffrance en exprimant des symptômes. Cette distinction est importante, car on peut prendre en compte la problématique de la famille sans pour autant que le groupe familial soit l'objet de la thérapie. Au sens strict, parler de thérapie familiale suppose donc que la famille est l'«unité à soigner». Cela implique véritablement un travail avec tous les membres de la famille, en leur offrant un cadre thérapeutique adéquat et spécifique, qui exige leur présence réelle en séance. Ainsi, dans le cadre de mon projet de stage, le groupe familial était impliqué dans le processus thérapeutique, mais les enfants demeuraient au centre de la thérapie comme «l'unité à soigner», étant donné que l'équipe était une équipe en santé mentale jeunesse.

## *Les thérapies familiales intergénérationnelles*

L'idée de base de l'ensemble des thérapies familiales intergénérationnelles est que l'étude des problèmes actuels trouve un éclairage particulier à la lumière des conflits intériorisés dans le passé, en particulier familial (Albernhe et Albernhe, 2008; Anaut, 2005). En effet, dès les prémices des thérapies avec les familles, les thérapeutes familiaux se sont intéressés à l'influence des transmissions familiales à travers les générations. C'est le cas de Murray Bowen (1978) et de Ivan Boszormenyi-Nagy (1973).

Murray Bowen est surtout connu pour son travail sur les influences des modèles transgénérationnels familiaux et sa contribution à la technique du génogramme permettant de repérer les liens familiaux dysfonctionnels et les répétitions de patterns familiaux entre les générations (Anaut, 2005). La théorie bowenienne comporte huit concepts fondamentaux. Dans le cadre de mon projet, trois concepts importants ont été retenus, la transmission intergénérationnelle, le processus de différenciation de soi ainsi que les triangles. En ce qui a trait à la **transmission intergénérationnelle**, Bowen considère que la psychose est le symptôme d'un processus actif impliquant la famille entière. Il proposa l'hypothèse des trois générations ou plus pour expliquer la genèse de la maladie mentale, notamment la transmission du processus schizophrénique, partant du principe que la maladie apparaîtrait comme une conséquence des perturbations familiales intergénérationnelles répétées et cumulées (Anaut, 2005). Ainsi, si deux générations présentent des modes relationnels immatures et des dysfonctionnements, à la troisième génération, l'un des enfants risque de développer une maladie mentale.

La **différenciation du soi** fait aussi partie d'un des concepts de Bowen. Ce dernier l'illustre par l'échelle de différenciation du soi qui est en quelque sorte l'échelle de la maturité émotionnelle. Arbitrairement, il fait aller celle-ci de l'indice zéro, de la symbiose totale où le sujet ne peut survivre sans un autre, à l'indice cent, soit l'autonomie complète. En bas de

l'échelle se trouvent donc les sujets peu différenciés, c'est-à-dire qui ont tendance à «fusionner» dans les relations interindividuelles. À l'autre extrémité de l'échelle se trouve le sujet adulte en parfaite santé mentale, avec une pleine maturité émotionnelle, s'exprimant par le fait qu'il n'a aucun problème à maintenir les frontières de son «moi». Entre les deux se situe l'enfant dont l'autonomie consiste en un détachement progressif du moi parental mais celle-ci est entravée par l'angoisse des parents et surtout par le degré personnel d'autonomie de chacun d'eux par rapport à leurs propres parents (l'attachement à leurs propres parents). Bowen a particulièrement insisté sur l'hypothèse selon laquelle les troubles schizophréniques émergeraient à la suite d'une différenciation du soi de moins en moins importante au fil des générations. L'objectif principal du traitement est le renforcement de la différenciation du soi individuel ou systémique et le fondement de la thérapie demeure la gestion du soi (Albernhe et Albernhe, 2009).

Les **triangles** font aussi partie de la théorie de Bowen. Ils serviront à décrire les phénomènes émotifs relationnels familiaux impliquant trois personnes en relation (Anaut, 2005). La théorie de Bowen stipule en fait qu'une relation à deux n'est stable que s'il n'y a pas trop d'angoisse. Il explique que plus le niveau de tension et d'angoisse est élevé, plus les membres auront tendance à se retirer des relations externes dans lesquelles ils se trouvaient jusque là pour se refermer dans le système les uns sur les autres. Pour Bowen, sous l'effet du stress, ce duo tendance à recruter une troisième personne pour faire baisser le niveau d'angoisse ressenti. Ils forment ainsi une coalition, les deux s'unissant face au troisième. Bowen a décrit ce phénomène sous le terme de triangulation. Des triangles récurrents se font et se défont au sein d'une famille en fonction du niveau général d'angoisse. Dans les périodes de calme, il existe des triangles inapparents. Si les tensions sont très fortes dans les familles et que les triangles familiaux s'épuisent, le système familial triangule des personnes extérieures à la famille. Dans cette optique, la thérapie vise la détriangulation (Albernhe et Albernhe, 2008).

Ivan Boszormenyi-Nagy s'intéressera également aux aspects transgénérationnels de l'étiologie des pathologies. Il étudiera en particulier les processus de transmission des relations pathologiques entre générations et mettra en évidence la complémentarité des désirs parents-enfants, les loyautés familiales, les mandats transgénérationnels et les dettes de vie. Cependant, Boszormenyi-Nagy est particulièrement connu pour son développement du concept de l'enfant parentifié et surtout des conflits de loyauté. Selon Boszormenyi-Nagy, la loyauté dépasse le simple attachement à une personne. Il est ici question d'enracinement affectif, très profond, qui participe à la construction de l'identité du sujet. La loyauté représente un concept triadique puisque l'attachement à une personne exclut une autre personne et la loyauté se construit nécessairement au détriment de quelqu'un d'autre. La loyauté a aussi une dimension transgénérationnelle. Nagy estime qu'il existe une loyauté qui se transmet au fil des générations. De plus, la loyauté est, par définition, invisible en ce sens qu'elle est cachée, latente et le plus souvent inconsciente. La problématique associée au concept de Boszormenyi-Nagy est le conflit de loyauté qui se caractérise par un choix qui s'impose, particulièrement cruel car mobilisateur d'affects intenses, archaïques et violents (Albernhe et Albernhe, 2009). Les loyautés invisibles transgénérationnelles peuvent ainsi expliquer des perturbations comportementales et des troubles psychologiques (Anaut, 2005).

### *L'approche structurale*

Le créateur de ce modèle est Salvador Minuchin (1974). Il conçoit la famille comme une structure qui est celle d'un système socioculturel ouvert, en transformation, qui se développe en traversant un certain nombre de stades qui exigent une restructuration. La structure familiale s'adapte aussi aux changements de circonstances afin de maintenir sa continuité et favoriser la croissance psychosociale de chaque membre. Ainsi, une importance est accordée, dans la définition du diagnostic comme dans le choix de la stratégie thérapeutique, au cycle de vie de la

famille, aux stades de développement familial (Elkaïm, 2003) ainsi qu'au présent plutôt qu'au passé. Une place importante est aussi accordée au concept de hiérarchie. La notion de pouvoir est perçue comme la direction exécutive des parents, soit une compétence spécifique liée à un rôle qui engage la responsabilité de tout ceux qui le remplissent (Elkaïm, 2003).

Les fondements de l'approche structurale élaborée par Minuchin comportent quatre concepts essentiels qui seront nécessaires à la compréhension de mon projet de stage : la structure décrite plus haut, les règles, les sous-systèmes et les frontières. Cependant, d'autres éléments complètent cette grille explicative. Pour ce qui est des **règles**, l'approche structurale stipule qu'il existe au sein de chaque famille des configurations transactionnelles particulières qui reflètent des règles précises de fonctionnement. Les règles comprennent des lois universelles qui régissent l'organisation familiale, traitent des interdépendances, ou définissent les hiérarchies (entre parents et enfants) ainsi que des lois spécifiques qui englobent les attentes réciproques des membres de la famille (Elkaïm, 2003).

Pour Minuchin, la famille fonctionne aussi en **sous-systèmes** qui permettent au système familial de se différencier et de s'acquitter de ses fonctions. La famille s'acquitte donc de ses fonctions en différenciant des sous-systèmes qui sont déterminés par la génération, le sexe, l'intérêt ou la nature des tâches à remplir (Elkaïm, 2003). L'individu peut appartenir à différents sous-systèmes au sein desquels il jouit de pouvoirs variables et apprend à exercer différentes compétences. Pour Minuchin, le concept du pouvoir est à peu près entendu au sens d'assumer une responsabilité (soigner, protéger, socialiser et permettre la survie et l'intégrité du système). La hiérarchie reflète l'organisation des différents niveaux de responsabilité qu'implique le système.

Minuchin définit les **frontières** d'un sous-système comme des règles qui définissent qui participe aux transactions et comment s'opère cette participation. Ainsi, des frontières, sont nécessaires pour soutenir et préserver la différenciation et seules des limites suffisamment claires

et précises peuvent permettre aux composantes des sous-systèmes de s'acquitter de leurs fonctions sans ingérence illicite, étant entendu que ces limites ne doivent pas entraver pour autant les contacts avec l'extérieur (Elkaïm, 2003). La clarté des frontières est donc un paramètre précieux pour évaluer le fonctionnement familial. Le maintien des frontières et l'établissement des règles se font grâce à l'aide d'un système de rétroaction positive (encouragement, compliment, soutien, maternage) et négative (blocage, punition, dureté).

Minuchin parle aussi de trois types de famille soit la famille idéale, enchevêtrée et désengagée. La **famille idéale** présente des frontières entre les sous-systèmes claires, précises, durables et bien repérées par tous ce qui empêche l'ingérence indue. Toute famille peut être située sur un axe reliant un pôle, où les frontières interpersonnelles sont diffuses ou enchevêtrées, au pôle opposé, où la rigidité exagérée des frontières se manifeste par un désengagement. La **famille enchevêtrée** se replie sur elle-même avec pour conséquence une augmentation des communications et des préoccupations entre les membres de la famille (Elkaïm, 2003). En conséquence, les distances s'amointrissent et les frontières se brouillent. La différenciation de tout le système familial devient incertaine. Ce système peut aisément arriver à une surcharge et n'avoir plus les ressources nécessaires pour s'adapter et changer dans des circonstances de stress. Ses membres se heurtent à diverses difficultés liées à l'intensification du sentiment d'appartenance et au fléchissement de l'autonomie.

Dans la **famille désengagée**, les frontières sont beaucoup trop rigides. Les individus peuvent y fonctionner de façon autonome, mais leur sens de l'indépendance est comme «perverti». Les sentiments de fidélité et d'appartenance sont chez eux si fragiles qu'ils sont incapables de se percevoir comme interdépendants et ne peuvent demander l'aide et le soutien dont ils ont besoin. La communication est malaisée et les fonctions protectrices de la famille sont rarement exercées (Elkaïm, 2003). Ces systèmes, qui se situent donc à proximité du pôle du

désengagement maximal, tolèrent une grande diversité de variations chez leurs membres. Cependant, les frontières sont ici si marquées que les difficultés tendent à conserver un caractère individuel. Dans ces deux systèmes relationnels, les difficultés surgissent chaque fois que des mécanismes adaptatifs doivent entrer en jeu. La famille fortement enchevêtrée répondra à toute variation avec une rapidité et une intensité excessives, alors que la famille désengagée tendra à ne pas réagir, même quand une réaction serait nécessaire (Elkaïm, 2003). De fait, le thérapeute structural fonctionne souvent comme un réparateur de frontières : il clarifie les frontières diffuses et ouvre celles qui sont trop rigides.

En somme, différentes approches de thérapies familiales systémiques (approche structurale et intergénérationnelle) ont été privilégiées dans le cadre de mon projet de stage mais elles s'accordent toutes sur le rôle de la dynamique familiale dans la genèse des troubles et la mobilisation du groupe familial comme «unité soignante» (Anaut, 2005).

### **CHAPITRE 3 : PROJET DE STAGE**

Suite à la présentation du cadre d'analyse ainsi que de l'approche d'intervention retenue, il sera maintenant question du projet d'intervention qui s'en inspire. Tout d'abord le milieu (lieu, programme et clientèle) dans lequel mon stage s'est effectué sera présenté. Par la suite, la méthodologie d'intervention (FAST, FACES IV, génogramme), la démarche d'élaboration et d'implantation ainsi que le bilan de l'implantation de mon projet seront discutés.

#### **LIEU DE STAGE**

La création du Centre de santé et de services sociaux Lucille-Teasdale, en juillet 2004, s'inscrit dans la vague de modernisation de l'organisation du réseau de la santé et des services sociaux entreprise par le gouvernement du Québec au cours de l'année 2003. En effet, la loi sur les *Agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux* (ASSS), adoptée en décembre 2003, visait deux grands objectifs : améliorer la santé et le bien-

être de la population et mettre en place des services mieux intégrés (Rapport annuel CSSS Lucille-Teasdale, 2011). Cette loi était aussi guidée par deux principes fondamentaux : la responsabilité populationnelle et la hiérarchisation des services. Cette modernisation a contribué à la création, sur l'île de Montréal, de douze *Centres de santé et de services sociaux*.

Dans l'optique de la responsabilité populationnelle que lui confère la loi, chaque CSSS doit assumer le leadership dans leur réseau local et doit, de concert avec ses partenaires sectoriels et intersectoriels, organiser l'ensemble des services de santé et des services sociaux en fonction des particularités de son territoire et des besoins de sa population (Gouvernement du Québec, 2005). La hiérarchisation des services, quant à elle, a pour but l'utilisation des ressources de façon optimale. Dans une organisation hiérarchisée, l'équipe de première ligne sert à la fois de porte d'entrée, de lieu de traitement et de lieu intégrateur des soins offerts à un individu (Gouvernement du Québec, 2005). Les services de deuxième ligne permettent de résoudre des problèmes complexes et les services de troisième ligne s'adressent aux personnes présentant des problèmes très complexes ou dont la prévalence est très faible (Gouvernement du Québec, 2005).

La mise en place du volet clinique et organisationnel de la loi de 2003 a permis aux CSSS de chaque territoire d'implanter neuf programmes de services ou programmes-clientèles : santé publique, services généraux, personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement, santé physique, déficience physique, déficience intellectuelle (DI) et troubles envahissants du développement (TED), santé mentale, jeunes en difficulté ainsi que le programme des dépendances (Rapport annuel CSSS Lucille-Teasdale, 2011). Afin de répondre à cette offre de service, le CSSS Lucille-Teasdale compte trois CLSC, sept centres d'hébergement (soin court et longue durée), 1 centre de crise ainsi que le Centre hospitalier Maisonneuve-Rosemont. L'établissement a choisi le nom de Lucille Teasdale comme dénomination sociale afin d'honorer la mémoire du docteur Teasdale, qui est une figure reconnue du domaine de la santé, ayant

grandi dans le territoire même du CSSS.

La population du territoire du CSSS Lucille-Teasdale se chiffre à plus de 171 000 personnes, ce qui correspond à environ 9% de la population de Montréal. Elle est répartie dans trois quartiers de l'Est de Montréal, soit Hochelaga-Maisonneuve, Mercier-Ouest et Rosemont. Les principales caractéristiques de la population du territoire du CSSS Lucille-Teasdale, plus particulièrement du CLSC Hochelaga-Maisonneuve, l'établissement dans lequel j'ai effectué mon stage, sont un taux d'admission en santé mentale le plus élevé à Montréal, des jeunes en difficulté dont les indicateurs démontrent tous une problématique plus importante que la moyenne montréalaise, un taux de personnes vivant seules élevé, un taux de familles monoparentales de plus de 50%, un taux de décrochage scolaire plus élevé, un taux de grossesse à l'adolescence presque 3 fois plus élevé qu'à Mercier-Ouest ainsi qu'un taux de population sous le niveau de faible revenu presque deux fois plus élevé qu'à Mercier-Ouest (Rapport annuel CSSS Lucille-Teasdale, 2011).

En somme, le CSSS Lucille-Teasdale fonctionne avec un budget annuel de 116 000 000\$ (Rapport annuel CSSS Lucille-Teasdale, 2011). Pour ce qui est du budget, jusqu'en 2003-2004, le MSSS allouait les budgets par établissement et les crédits étaient répartis et renouvelés, année après année, en fonction d'une structure budgétaire par programme définie selon les catégories d'établissements (Rapport annuel CSSS Lucille-Teasdale, 2011). Plus spécifiquement pour les programmes en santé mentale, ce mode de financement fut à la source d'une situation de plus en plus inéquitable en ce qui a trait à la disponibilité des ressources entre les régions centrales (Montréal et Québec) et les autres régions, comme l'indiquait le *Rapport du Vérificateur général du Québec* en 2003 (Rapport annuel CSSS Lucille-Teasdale, 2011). C'est pourquoi, depuis 2004-2005, le MSSS applique une méthode de redistribution des ressources entre les régions, afin de réduire les écarts existants. En vertu de cette nouvelle stratégie de financement du réseau de la

santé et des services sociaux, les ASSS reçoivent une enveloppe globale pour leur région et il est de leur responsabilité d'allouer aux fournisseurs de services les ressources financières requises pour atteindre la qualité de services visée. Depuis l'avènement de l'enveloppe globale, aucune région n'a démontré que les services de base étaient disponibles dans tous les territoires locaux et des réaménagements doivent être faits pour respecter les priorités du plan d'action, presque partout au Québec (Rapport annuel CSSS Lucille-Teasdale, 2011).

## **PROGRAMME**

Il ne peut être question du programme dans lequel s'insère mon projet sans parler du *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : la force des liens* déposé en 2005 par le Ministère de la santé et des services sociaux. L'objectif général poursuivi par le Plan d'action était de doter le Québec d'un système efficient de santé mentale. À cet effet, il reconnaissait le rôle des personnes utilisatrices et offrait l'accès à des services de traitement et de soutien pour les enfants, les jeunes et les adultes de tous les âges ayant un trouble mental.

Le Plan d'action est issu d'un état de la situation concernant les jeunes aux prises avec une problématique de santé mentale. Il stipule que les services pour les jeunes aux prises avec des troubles mentaux sont très peu développés dans la plupart des régions du Québec. De plus, plusieurs experts affirment que ces services sont souvent morcelés, peu intégrés et répartis très inégalement sur le territoire québécois, ce qui entraîne des problèmes d'accessibilité et de continuité. À cet effet, une enquête sur la santé des montréalais en 2002 démontrait que 60% des personnes requérant des soins pour des troubles de santé mentale n'avaient pas reçu les services requis. Les services de première ligne en santé mentale, en CLSC ou dans les ressources communautaires, pour les enfants et les jeunes étant peu développés, on constate aussi que les ressources spécialisées, mobilisées à outrance pour la réalisation de projets d'évaluation et

d'orientation, sont moins disponibles pour offrir des traitements spécialisés aux jeunes qui en ont besoin (Gouvernement du Québec, 2005).

Sur le plan local, la mise sur pied d'équipes de santé mentale en première ligne visait donc à réduire de 30 % la liste d'attente en pédopsychiatrie (service de 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> ligne). En prenant appui sur ces constats, le MSSS s'est donné comme objectif de développer en priorité les services de première ligne et d'assurer un passage fluide vers les services spécialisés, lorsque cela est nécessaire. Ainsi, de façon concrète, le MSSS vise la mise en place d'une équipe de santé mentale interdisciplinaire, de première ligne, dans tous les CSSS, pour les enfants et les jeunes afin d'appuyer les autres ressources de première ligne qui travaillent auprès de cette clientèle en leur offrant une expertise en santé mentale. La clientèle desservie par l'équipe de 1<sup>ère</sup> ligne en santé mentale sont donc les personnes dont le trouble mental ne peut être traité au niveau des services généraux de 1<sup>ère</sup> ligne existants, à celles qui n'ont pas de médecin omnipraticien ou de pédiatre, aux personnes ayant des troubles mentaux graves mais dont la condition est stabilisée ainsi qu'à celles dont le problème persiste après avoir reçu des services généraux.

C'est ainsi que toutes les équipes de santé mentale jeunesse (SMJ) ont vu le jour, dans chacun des CSSS de l'île de Montréal et le CSSS Lucille-Teasdale ne fait pas exception à cette règle. En août 2006, l'équipe SMJ du CLSC Hochelaga-Maisonneuve voit le jour avec l'arrivée de la première travailleuse sociale et l'ajout de deux psychologues en 2007 (l'équipe multidisciplinaire devait compter un psychiatre répondant, un omnipraticien et des professionnels). À ce moment, l'équipe assurait la fonction d'évaluation, de traitement et de suivi pour les enfants présentant un problème de santé mentale. Dans les années qui ont suivi, le personnel de l'équipe a été appelé à participer à divers comités qui ont permis l'établissement de mécanismes de liaison inter-établissement et d'intégration des listes d'attente. C'est aussi à ce

moment qu'il a été possible de faire entériner, par l'établissement, les outils et le modèle utilisé par l'équipe afin d'établir les lignes directrices et de l'équipe SMJ.

Au cours des dernières années, l'équipe de santé mentale jeunesse a été interpellée dans le cas de plusieurs enfants. L'analyse de documents issus de procès verbaux et de réunions permet de constater que les références provenaient à 85% du CSSS Lucille-Teasdale, soit à l'interne. Les autres références proviennent du guichet d'accès SMJ, d'hôpitaux, du milieu scolaire et de la clinique AED. Pour obtenir des services, les familles peuvent aussi se présenter à l'accueil psychosocial d'un CLSC, en parler à leur médecin de famille ou avec les intervenants avec qui ils sont déjà en contact au CLSC ou dans un organisme communautaire afin que ceux-ci fassent une demande/référence à l'équipe SMJ. La moyenne d'âge de la clientèle se situe entre 6 et 12 ans et la majorité sont des garçons (61%). Les problématiques pour lesquelles l'équipe SMJ a été interpellées sont les troubles de l'adaptation, les troubles anxieux, une suspicion de TED/retard de développement, des problèmes relationnels majeurs, un trouble oppositionnel simple, un trouble psychotique, une suspicion de TDA/TDAH, une problématique suicidaire, un trouble de l'humeur, un deuil, le syndrome Gilles de la Tourette et finalement l'énurésie/encoprésie. L'orientation donnée à la suite des évaluations réalisées en SMJ est, dans 50% des cas, une offre de service d'intervention en SMJ. Principalement, les autres enfants ont été référés ailleurs (ex : évaluation neuropsychologique, services disponibles en 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> ligne suite aux évaluations) et quelques uns ont eu des services de l'équipe enfance-famille-jeunesse.

#### **CLIENTÈLE CIBLÉE**

Le projet d'intervention élaboré s'effectuera majoritairement auprès d'enfants entre 5 et 12 ans auprès ainsi que leurs familles puisque cette tranche d'âge est particulièrement présente dans le milieu de stage. Les nombreuses références provenant des milieux scolaires expliquent la prépondérance de cette clientèle dans le service. De plus, il y a peu de familles référées avec des

enfants en bas âge et le milieu offre souvent aux adolescents de 12 à 17 ans de faire de la thérapie individuelle avec la psychologue de l'équipe multidisciplinaire.

Mon projet s'effectuera auprès d'un enfant présentant des symptômes pouvant s'apparenter à un problème de santé mentale ainsi que leur(s) parent(s) souffrant eux aussi d'un problème de santé mentale. Il est à noter que les enfants qui sont référés au programme SMJ n'ont pas nécessairement de diagnostic, mais l'enfant présente souvent des symptômes tels que de l'anxiété, des peurs irrationnelles persistantes; de l'automutilation, une agressivité persistante envers soi-même ou autrui; des difficultés importantes à fonctionner en situation scolaire, sociale, familiale; un état dépressif, un deuil complexe, des idées suicidaires; des gestes répétitifs, des préoccupations excessives, des tics ; des idées bizarres, des hallucinations (auditives, visuelles); des problèmes physiques sans raison médicale; des perturbations du sommeil, de l'appétit; des traumatismes; des variations d'humeur, de l'irritabilité, des pleurs fréquents et/ou une auto-dévalorisation. Pour ce qui est des parents, le critère d'inclusion constitue des antécédents ou des symptômes actuels de problème de santé mentale, mais plus particulièrement des troubles de l'humeur (dépression post-partum, dépression majeure, trouble bipolaire), des troubles anxieux ou des troubles de la personnalité puisque rarement le programme a eu à effectuer des suivis auprès de parents souffrant de troubles plus sévères tels que les troubles psychotiques.

#### **METHODOLOGIE D'INTERVENTION**

J'ai utilisé trois outils pour permettre à mes interventions de type familial de répondre aux objectifs de mon projet de stage ainsi qu'à ma question de départ soit le FAST (*Family system test*), le FACES IV (*Family adaptability and cohesion evaluation scales*) et le génogramme. Mes objectifs principaux étaient l'amélioration de la communication familiale, des liens émotionnels familiaux (cohésion, frontières, processus de différenciation du soi, hiérarchie) ainsi que la

compréhension de l'impact des générations antérieures sur les problématiques actuelles. Le FAST devait être utilisé au début et à la fin du suivi et un questionnaire post-FAST, au mois de mars 2012, devait être passé aux familles. Le FACES-IV devait être modifié afin de permettre aux enfants de moins de 12 ans d'apporter leur contribution au questionnaire et le génogramme utilisé comme un outil de référence et de co-construction familiale lors des rencontres de suivi.

### ***FAST (family system test)***

Le test du système familial est né à l'Université de Zurich dans les années 80 dans la *Outpatient clinic of the department of child and adolescent psychiatry* et a été validé en Californie à l'Université de Stanford vers la fin des années 80. Le test comprend une planche de jeu de 45 cm par 45 cm comprenant 81 carrés, des figurines d'hommes et de femmes de 8 cm de hauteur et des blocs de trois grosseurs différentes. Le FAST est un outil clinique polyvalent qui peut être utilisé en thérapie individuelle et familiale avec des enfants de 6 ans et plus. Il est issu de concepts théoriques tels que l'approche structurale familiale, la psychologie familiale développementale et la psychopathologie. Il se base sur l'hypothèse que dans les sociétés occidentales, les familles fonctionnelles ont une structure familiale équilibrée (bonne cohésion et hiérarchie modérée), des frontières générationnelles claires et une organisation flexible ([voir annexe A](#)).

Plus précisément, la technique a été élaborée pour évaluer la cohésion et la hiérarchie dans les familles aux prises avec une problématique de santé mentale, la qualité des frontières générationnelles et des sous-systèmes familiaux ainsi que la flexibilité des structures familiales dans trois différentes situations (situation habituelle ou typique, conflictuelle et idéale) puisqu'il a été documenté que les familles aux prises avec un membre souffrant d'un problème de santé mentale représentent plus souvent leur structure familiale comme davantage désengagée et ayant des frontières générationnelles moins claires.

Le FAST est un outil qui permet l'analyse quantitative et qualitative des structures de la famille ainsi que le «diagnostic» de problèmes familiaux. Cependant, il est à noter que pour la présente utilisation du FAST, les résultats ne seront pas analysés de façon quantitative puisque je n'avais pas accès au manuel qui aurait permis cette analyse. Pour ce qui est de l'évaluation qualitative, elle concerne plutôt l'observation de l'ordre dans laquelle les figurines sont positionnées, les changements apportés dans le positionnement des figurines, les remarques spontanées qui émanent des membres, la représentation de membres qui ne font pas partie de la famille, l'omission de membres de la famille dans le positionnement et l'observation de chacun des membres lorsqu'ils exécutent le test. De plus, sans une analyse quantitative complète, l'analyse qualitative permet d'observer la cohésion familiale grâce à la distance entre les figurines sur la planche de jeu ainsi que la position des figurines (regards). En effet, des figurines placées directement sur des carrés adjacents et qui se regardent dans les yeux, pourraient être le reflet d'une bonne cohésion familiale alors qu'une plus grande distance en reflète une moins grande. La hiérarchie familiale, quant à elle, est analysée par le nombre et la hauteur des blocs utilisés pour élever les figurines. Une même hauteur signifie une structure de pouvoir égalitaire tandis que plus la différence de hauteur est grande, plus la relation est dite «hiérarchique».

Les niveaux d'analyse qualitatifs sont la perception de chacun des membres de la famille et les différences existantes au niveau de celle-ci. La perception de la famille concerne la structure de la relation habituelle, idéale et conflictuelles et les changements qui doivent être apportés pour passer de la structure habituelle à celle idéale ou conflictuelle (flexibilité). Les différences de perception concernent la comparaison des représentations individuelles de chacun des membres de la famille et la comparaison des représentations individuelles avec la vision commune. L'analyse des observations qualitatives permet, dans les rencontres subséquentes, l'exploration subjective de notre compréhension des différentes représentations,

l'évaluation des patterns de conflit et de résolution de problèmes ainsi que l'exploration des différences entre les perceptions individuelles et communes de la structure familiale.

### *FACES-IV (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales)*

Le FACES-IV est un instrument de mesure permettant d'évaluer la cohésion familiale et la flexibilité du système familial. Il est composé de six sous-échelles (balancée : cohésion balancée, flexibilité balancée; non balancée : désengagement, enchevêtrement, rigidité et chaos) de sept questions chacune donc de 42 items en tout. Trois de ces sous-échelles se situent sur le continuum de la cohésion et trois sous-échelles se situent sur le continuum de la flexibilité. La communication familiale fait aussi partie d'une dimension analysée par le FACES-IV. Elle est illustrée par dix questions plus particulières.

La **cohésion** représente le lien émotif entre les membres de la famille. Pour diagnostiquer et mesurer les dimensions de cohésion familiale, le FACES-IV utilise les concepts de liens affectifs, de frontières, de coalitions, de temps, d'espace, d'amis, de processus décisionnel, d'intérêts et de loisirs. En ce qui a trait à la cohésion, cinq niveaux ont donc été établis dans le *Modèle circomplexe*, soit être désengagé/déconnecté, être séparé, être relié, être très relié et être enchevêtré/extrêmement engagé. Il y a aussi trois niveaux équilibrés et deux niveaux déséquilibrés dans les différentes dimensions. L'hypothèse est que les trois niveaux équilibrés sont représentatifs d'un fonctionnement familial optimal. Les extrêmes ou niveaux déséquilibrés sont en général vus comme problématiques pour des relations à long terme.

L'**adaptabilité** c'est la capacité d'une famille de changer sa structure de pouvoir, ses relations de rôles et ses règles relationnelles pour s'adapter à une pression situationnelle ou développementale. Le concept spécifique inclut le leadership (le contrôle, la discipline), les styles de négociation, les rôles et les règles. Les cinq niveaux d'adaptabilité s'étendent de rigide, à un peu rigide, à structuré, à très flexible, à chaotique/trop flexible. Au même titre que la cohésion, on

fait l'hypothèse que les niveaux centraux de flexibilité conduisent à un bon fonctionnement familial et conjugal alors que les extrêmes sont plus problématiques pour les familles dans le développement de leur cycle de vie.

La **communication familiale**, quant à elle, est définie comme la capacité de faire savoir ou comprendre à chacun des membres de la famille des informations, des idées, des pensées et des sentiments propres à chacun. Elle s'étend sur un continuum de pauvre à efficace ou efficiente. Olson, Russell et Sprenkle (1989) ont émis l'hypothèse qu'une communication efficace facilite le mouvement et le maintien de la famille à l'équilibre au niveau de la cohésion et de l'adaptabilité.

Le modèle de Olson (1986) nous permet d'abord de situer une famille que l'on observe dans une des trois zones : zone équilibrée, zone moyenne et zone extrême, selon qu'elle est dans la moyenne sur les deux dimensions, moyenne sur l'une et extrême sur l'autre, ou extrême sur les deux dimensions. Plus précisément, on peut distinguer seize types de famille, en combinant quatre positions possibles sur les deux dimensions : chaotiquement désengagée, chaotiquement séparée, etc. ([voir annexe B](#)). Les recherches effectuées à l'aide de ce modèle démontrent de façon très évidente que les familles saines, soit celles qui ne présentent pas de pathologie, se retrouvent en grande majorité dans les zones équilibrées ou moyennes, tandis que les familles avec pathologie se retrouvent très souvent dans les zones extrêmes (64% des familles névrosées; 56% des familles de schizophrènes; 49% des familles d'origine et 66% des familles actuelles de délinquants sexuels; jusqu'à 93% des familles de jeunes délinquants; etc.). Les familles sans pathologie se situent, selon les diverses recherches, pour moins de 10% dans ces zones extrêmes et pour environ 50% dans la zone équilibrée. Si l'association entre la présence de déviations et la position extrême sur les deux dimensions du modèle d'Olson semble bien établie par la recherche, on n'a cependant pas pu démontrer qu'une forme particulière de déviation (délinquance, affections psychosomatiques ou schizophrénie par exemple) s'associait plus

particulièrement à l'un des seize types décrits par ce modèle.

### *Génogramme*

Le génogramme a été créé il y a maintenant une quinzaine d'années (Lodewick, 1999). C'est une technique destinée à construire et à figurer une représentation graphique codifiée de la structure familiale et des liens relationnels familiaux, comprenant une investigation sur au moins trois générations. Au moment de son élaboration, il a procuré au travail psychosocial un précieux outil de description de compréhension et parfois de prédiction de plusieurs comportements parentaux et familiaux. Cet outil emprunte aux thérapies familiales de nombreux concepts tels les situations bloquées, les schémas répétitifs, les dyades et triades conflictuelles, le bouc-émissaire, les secrets de famille, les coalitions, les alliances, etc. (Lodewick, 1999). Il peut également être utilisé en tant qu'outil d'investigation et de traitement afin d'exprimer et de symboliser les blessures ou traumatismes anciens et s'en détacher (Anaut, 2005). Selon Guy Ausloos (1986), le cheminement à l'aide du génogramme inclut trois dimensions : l'observation de ses propres modes de fonctionnement et ressources; l'expérimentation de ses capacités à comprendre et à résoudre les difficultés; et le changement des processus rigides, non opérant et porteur de souffrance, par des processus plus adaptés et plus souples (Anaut, 2005).

Le génogramme représente donc une source d'hypothèses sur la manière dont un problème clinique peut être relié à un contexte familial donné et permet d'évaluer la dynamique des problèmes par rapport au contexte relationnel de la famille dans une dimension horizontale (approche générationnelle ou synchronique) mais aussi verticale, celles des générations qui se succèdent (approche transgénérationnelle ou diachronique) (Anaut, 2005). Dans la dimension synchronique, la construction commune du génogramme familial en séance crée un rapport de liaison entre les membres de la famille et renforce le sentiment d'appartenance et de cohésion familiale (Anaut, 2005). Du point de vue diachronique, le génogramme contribue à relier le

passé, le présent et le futur. En somme, la technique du génogramme permet aussi aux générations actuelles de prendre appui sur les potentiels et les forces des générations antérieures.

### **DÉMARCHE D'ÉLABORATION DU PROJET**

La démarche d'élaboration du projet a débuté par l'établissement de mes objectifs de stage. Pour ce faire, la recension des écrits m'a permis de clarifier ce qui était problématique chez les familles dont un parent OU un enfant souffre d'un problème de santé mentale. Ainsi, les lectures m'ont permis de constater qu'il existe peu de littérature sur ce qui se fait comme intervention auprès de famille dont un parent ET un enfant souffrent simultanément d'un problème de santé mentale. Cette lacune, m'a donné l'idée d'utiliser le FAST avec ces familles et de voir s'il était possible que les dimensions relevées de la littérature puissent aussi être le propre de ce type de famille et si elles peuvent être travaillées ou améliorées.

La démarche d'élaboration du projet s'est poursuivie par ma participation à des rencontres d'évaluation et de suivis menées par ma superviseuse de stage ainsi que d'autres professionnels de l'équipe. De ces rencontres, j'ai produit un guide à utiliser lors des rencontres d'évaluation afin de recueillir toutes les informations nécessaires à la rédaction du rapport multidisciplinaire qui est remis à la fin du processus d'évaluation. Ce modèle d'entretien familial m'a permis d'effectuer mes premières rencontres d'évaluation ([voir annexe C](#)). Par la suite, j'ai débuté un suivi en co-intervention avec ma superviseuse, puis quatre dossiers m'ont été assignés en tant qu'intervenante principale en lien avec mon projet de stage. Ainsi, dans chacun de mes dossiers il y avait présence d'une problématique de santé mentale répertoriée chez le parent ET l'enfant présentait des symptômes sans toutefois avoir un diagnostic établi. J'ai aussi eu deux dossiers (sur les quatre qui m'ont été attribués) dans lesquels j'ai travaillé en co-intervention avec la stagiaire en psychologie. Dans ces dossiers, j'ai aussi pu inclure mon projet d'intervention.

En parallèle avec le début du processus de prise en charge des familles, j'ai élaboré le FAST et adapté le FACES-IV à la clientèle de mes dossiers qui était davantage d'âge scolaire. J'ai donc fabriqué mon propre outil FAST, jamais utilisé dans mon milieu de stage, avec du matériel que j'ai acheté. J'ai aussi lu sur la méthodologie employée pour la passation de l'outil FAST ainsi que le FACES-IV. Pour ce qui est du FACES-IV, j'avais l'intention de l'utiliser en parallèle avec le FAST, afin que les enfants de moins de 12 ans puissent y participer, mais cela s'est avéré trop lourd pour les familles. Le FACES-IV a donc été utilisé dans son intégrité avec une seule famille. De plus, j'ai débuté la fabrication d'un génogramme interactif avec des pièces aimantées (cercles, carrés et mots) que l'on pouvait coller et déplacer, à notre guise, sur un grand tableau blanc, afin de le personnaliser. Cependant, le génogramme est demeuré à l'état embryonnaire puisque je n'ai pas su l'insérer dans aucun de mes suivis familiaux. Il est à noter que les rencontres de supervision ainsi que les retours sur chacune de mes rencontres m'ont permis de mettre au point le FAST et le FACES IV. De plus, ma superviseure m'a invité à participer à quelques unes de ses rencontres de suivi ce qui m'a permis d'ajuster certaines questions, me familiariser et préciser certains aspects du FAST.

#### **DÉMARCHE D'IMPLANTATION DU PROJET**

En ce qui a trait à la démarche d'implantation du projet, elle a été rendue possible grâce à des lectures sur les moyens et techniques d'intervention de l'approche familiale systémique. Aucune rencontre n'était structurée en ce qui a trait au contenu puisque nous y allions avec ce que la famille souhaitait aborder lors des rencontres. Par la suite, les entretiens s'enchaînaient avec l'utilisation d'outil, de diverses techniques d'intervention systémiques ou l'exploration d'enjeux familiaux. De plus, avant chaque rencontre de suivi, une supervision avait lieu avec ma superviseure. Dans le cas de mes deux dossiers partagés avec la stagiaire en psychologie, une supervision avait aussi lieu en sa présence et celle de sa superviseure. Dans ces moments, il était

question des moments charnières des rencontres ainsi que des impasses ou difficultés rencontrées. On repartait de ces rencontres avec des pistes d'intervention ainsi que des questionnements à aller approfondir et explorer. Cependant, même si les entrevues n'étaient pas structurées dans l'ensemble, nous avons préparé les familles à l'utilisation des outils (FAST et FACES-IV) et certaines techniques sont demeurées fondamentales surtout étant donné que j'ai privilégié l'approche systémique structurale. Ainsi, le FAST, le FACES-IV, le génogramme ainsi que les quelques techniques de l'approche structurale ont été «implantés» lors des suivis.

Le FAST a été utilisé en début de suivi, après les rencontres d'évaluation. Il a été utilisé pendant deux rencontres parfois non consécutives puisque les enjeux soulevés nécessitaient parfois que je m'y attarde. Après avoir présenté les consignes de départ ([voir annexe D](#)) chacun des membres de la famille sera appelé à illustrer leur famille dans trois types de situation : habituelle ou typique, idéale et conflictuelle. Pendant l'illustration des différentes situations, je note tout sur une grille vierge (commentaires spontanés des membres, positionnement et regard de chacune des figurines). L'information est notée dans une grille à titre comparatif avec un questionnaire passé à la fin des suivis effectués auprès des familles afin de déterminer si l'utilisation de l'outil était pertinente avec les familles dont le parent ET l'enfant souffraient simultanément d'un problème de santé mentale ([voir annexe E](#)). De plus, à toutes les étapes j'ai quelques questions à poser en lien avec l'illustration de la situation ([voir annexe F](#)) et je note mes observations qualitatives suite au positionnement des figurines, et ce, pour chacune des situations afin de comparer le fonctionnement familial avant et après la thérapie ([voir annexe G](#)). à l'aide du questionnaire post-FAST.

Dans le cadre de mon projet, chacun des membres d'une famille (de 12 ans et plus) a été appelé à répondre aux 52 questions du questionnaire FACES-IV. Les résultats ont été interprétés avec le guide de procédures et ont servi à déterminer le type de famille avec lequel je travaillais.

Par la suite, des pistes d'intervention ont été établies. Le bilan avec cette famille n'a pas été fait étant donné que le suivi n'a que débuté avec cette famille. Le génogramme, quant à lui, je voulais l'utiliser comme une co-construction de l'histoire familiale, un projet qui maintiendra la famille autour de la volonté de ne pas s'encre dans des patterns familiaux dysfonctionnels. Il se voulait une invitation à prendre conscience des rôles et des statuts des membres de la famille mais il n'a pas été utilisé par manque de temps.

De plus, l'approche structurale de Minuchin (1979), privilégiée dans le cadre de mon projet, regroupe un ensemble de théories et de techniques à utiliser dans le cadre de la thérapie familiale. Il propose de changer l'organisation de la famille car toute modification de la structure des groupes familiaux entraîne, à ses yeux, un changement de positionnement qui suffit à modifier les expériences individuelles des membres de ces groupes (Elkaïm, 2003). À cet effet, Minuchin décrit 2 étapes distinctes soit l'affiliation ou l'accommodation et la restructuration familiale. L'affiliation ou l'accommodation vise à réduire la distance entre la famille et le thérapeute. Pour ce qui est de la restructuration, Minuchin a mis en lumière huit grandes opérations de restructuration soit mettre en acte les configurations transactionnelles habituelles, jouer l'espace, délimiter les frontières, surmonter les tensions et le stress, attribuer des tâches thérapeutiques, se servir des symptômes, manipuler l'ambiance affective ainsi que le soutien, l'instruction et la guidance. La manipulation de l'ambiance affective ainsi que se servir des symptômes sont deux techniques qui n'ont pas été utilisées puisque je crois que seuls des intervenants expérimentés peuvent se permettre de risquer ce type d'intervention. Cependant, même si l'approche systémique structurale faisait partie intégrante de mes suivis en thérapie familiale, la restructuration dont parle Minuchin, ne constitue pas la spécificité de mon projet.

En conclusion, les séances de thérapie et les techniques d'intervention de l'approche structurale et intergénérationnelle serviront à observer les modalités de communication en

particulier la congruence et les paradoxes dans les modes de communication, le niveau de différenciation des rôles et des statuts de chacun ainsi que les implications et les engagements au sein du système (Anaut, 2005). Les investigations avec le groupe familial consistent aussi à connaître, à éprouver et à expérimenter la flexibilité ou la rigidité des rôles et leur degré d'adaptation à la situation ainsi que la qualité et la nature des échanges dans le système et entre les sous-systèmes (Anaut, 2005). Il s'agissait donc d'accompagner le groupe familial dans la compréhension de son propre mode de fonctionnement, de manière telle que le système puisse se modifier, trouver un nouvel équilibre, sans mettre en péril un ou des membres du groupe (Anaut, 2005). Cependant, il s'agit bien d'un accompagnement de la famille dans le cadre d'un changement qui lui est propre et effectué à partir de ses ressources et compétences et non d'un changement induit artificiellement de l'extérieur.

## **BILAN DE L'IMPLANTATION**

### *Portrait des participants et problématiques rencontrées*

Dans le cadre de mon projet d'intervention, cinq familles m'ont été référées. Les lignes qui vont suivre s'attarderont à décrire un peu plus précisément chacune des familles ainsi que quelques unes des constatations effectuées lors de l'utilisation de l'outil FAST et du FACES-IV. Pour deux de ces familles, le suivi s'est étendu du mois de septembre au mois d'avril et a compté près de trente rencontres (Élizabeth et Jérémie). Le suivi d'une des familles avait lieu aux deux semaines, mais s'est déroulé aussi du mois de septembre au mois d'avril ce qui a permis d'effectuer plus de quinze rencontres (Renaud). J'ai suivi une autre famille du mois de janvier au mois d'avril pendant une dizaine de rencontres en comptant le processus d'évaluation (Marianne). Finalement, avec une des familles, il m'a été impossible de débiter quoique ce soit (Louis). Les noms ont été modifiés afin de préserver la confidentialité des familles rencontrées.

Par la suite, il sera question des enjeux organisationnels, professionnels et sociétaux qui ont accompagné l'implantation de mon projet.

### Élizabeth

La fillette de 8 ans nous est référée par un spécialiste d'un hôpital pour des symptômes anxieux qui persistent dans le temps. Elle présente des symptômes d'agitation qui s'apparentent à un trouble du déficit de l'attention, des difficultés de concentration à l'école, des comportements obsessifs et compulsifs rapportés par la mère, des peurs nocturnes et des symptômes somatiques à l'école. De plus, Élizabeth ne dort pas dans son lit et a vécu une vingtaine d'hospitalisations entre l'âge de 4 mois et 4 ans. Elle se considère comme l'«ami des hôpitaux».

Mme est une mère mobilisée qui s'inquiète des comportements «étranges» de sa fille. Elle souffre elle-même d'un trouble anxieux qui nécessite une médication et un suivi actif. Son problème de santé mentale a été diagnostiqué tard dans son histoire développementale et elle croit que la médication lui a littéralement sauvé la vie. Elle est convaincue que sa fille souffre d'un trouble déficitaire de l'attention et/ou d'un trouble anxieux et que sa condition nécessite la prise de médication. Mme veut aussi éviter de faire comme sa propre mère qui ne s'est pas assurée de sa prise en charge lorsqu'elle était jeune et a été trop inquiète pour la laisser explorer ses intérêts et ses ambitions.

M. est un homme qui a toujours beaucoup travaillé. Il avoue n'avoir jamais vraiment participé à la discipline de leur fille puisque lorsqu'il voyait sa fille, il s'amusait avec elle. De plus, il mentionne que c'est sa conjointe qui s'occupait de leur fille dans les moments difficiles. En 2009, M. a eu un gros accident qui l'a rendu invalide et depuis, sa relation avec sa fille s'est envenimée. Il dit ne plus avoir de patience et ne plus être en mesure de tolérer les comportements d'agitation de sa fille. Il en résulte donc des conflits où il y a escalade. M. et Mme ne s'entendent pas sur la question de l'attitude à adopter face aux comportements d'Élizabeth ni en ce qui a trait

à son encadrement. M. trouve que Mme est trop protectrice et Mme croit que M. n'est plus en mesure de comprendre la condition de leur fille étant donné son manque d'empathie depuis son accident.

Suite aux rencontres d'évaluation, nous recommandons la thérapie familiale. À partir de ce moment, elle s'effectuera en présence de la stagiaire en psychologie, qui s'assurera de la prise en considération de l'aspect traumatique décelé chez Élisabeth ainsi que moi-même, stagiaire en travail social. Je soutiendrai la famille dans la compréhension des enjeux relationnels constatés dans l'évaluation en ce qui a trait aux symptômes d'Élisabeth (processus d'autonomisation difficile, enjeux liés à la perte d'objet, surprotection parentale, conflit conjugal, communication instrumentale, inversion de rôle père-enfant). C'est dans ce contexte, soit les premières rencontres de suivi, que s'inscrit l'utilisation du FAST. En voici quelques faits saillants.

Dans la réalisation de la *situation de tous les jours* de M., nous remarquons qu'il se place très près de Mme, en fait sur un même carreau de la planche de jeu. Les deux figurines se regardent dans les yeux. Élisabeth se trouve à plusieurs carreaux de distance et regarde dans leur direction. M. se place sur un bloc de hauteur moyenne. Il place Mme sur deux blocs de hauteur maximale et Élisabeth sur un bloc de hauteur maximale. M. précise que lorsqu'il est seul en présence de sa fille, elle se retrouve beaucoup plus haute que lui. Lors de sa représentation, Élisabeth insiste pour conserver une hauteur de bloc de plus que celle de son père. Il est à noter que lorsque M. s'exécute, Élisabeth s'agite, veut déplacer ce que son père fait alors que la consigne est d'observer ce que les autres font sans faire de commentaire.

Mme, quant à elle, place les trois figurines environ à égale distance l'une de l'autre mais assez éloignées. Mme regarde dans la direction de M. et M. dans la direction d'Élisabeth. Mme dit qu'à son départ de la maison, Élisabeth peut s'approcher d'elle et lui répéter à plusieurs reprises qu'elle l'aime et qu'elle ne veut pas qu'elle quitte la maison. Mme nomme que c'est lors

de ces moments qu'Élizabeth peut dire qu'elle a des maux de ventre ou de tête et qu'elle ne veut pas se rendre à l'école. Mme place Élizabeth et M. à la même hauteur de bloc soit un bloc chacun de hauteur moyenne. Mme, quant à elle, se place sur un bloc de hauteur maximale. Mme changera aussi la couleur de figurine d'Élizabeth. Elle la met rose et mentionne que c'est parce qu'elle est gâtée comme une princesse.

Dans sa *situation idéale*, Élizabeth place toutes les figurines dans la même position que la réalisation de sa mère. Cependant, elle mentionne qu'elle voudrait que son père ait ses dix doigts, que sa famille n'ait pas de problème et que tout redevienne comme avant l'accident. Tout le monde est aussi égal en terme de hauteur.

### Jérémie

Le deuxième enfant est un garçon de 9 ans qui nous est référé par une autre équipe du CSSS Lucille-Teasdale pour une certaine rigidité aux changements, des symptômes somatiques liés à l'école (tremblements, maux de cœur), une difficulté à se concentrer sur une tâche, des relations conflictuelles avec les autres enfants, une grande préoccupation pour ce que les autres pensent de lui ainsi que des comportements de colère et d'irritabilité à l'égard de sa mère. Les parents de Jérémie se sont séparés alors qu'il n'avait que quelques mois. M. et Mme décrivent leur relation comme ayant des hauts et des bas, mais au moment du début du suivi, M. et Mme ne se parlent presque plus.

Suite à la naissance de Jérémie, Mme a été diagnostiquée avec une dépression post-partum. Elle a été suivie, a dû prendre de la médication et a vécu plusieurs «rechutes». Mme nous dit que la présence de Jérémie était réconfortante pour elle. Elle mentionne que s'il n'avait pas été là, elle ne serait probablement plus ici aujourd'hui. Mme nous affirme que lorsque Jérémie était plus jeune, personne n'arrivait à le consoler sauf elle. De plus, Mme n'est jamais arrivée à faire garder Jérémie et lorsqu'elle disparaît de son champ de vision, Mme a droit à des insultes et à des

comportements d'agressivité de sa part. Lorsque Jérémie a ces comportements Mme se sent envahie par cette colère et ne sait pas quoi faire pour l'apaiser. Dans ces situations, Mme se sent incompétente et une mauvaise mère. Mme avoue qu'elle avait elle-même des crises de colère dans son enfance et elle nomme que ses parents avaient tendance à minimiser ses sentiments négatifs.

Mme décrit sa relation avec Jérémie comme proche de la symbiose mais dit que maintenant elle perçoit ce lien étroit comme envahissant et lourd à porter. M., quant à lui, décrit sa relation avec son fils davantage comme un lien amical. Il ne voit pas son fils souvent alors il ne désire pas imposer des règles strictes à son fils. M. a remarqué que Jérémie avait quelque fois des comportements qui faisaient penser à de l'insécurité, mais il croit qu'il arrive assez bien à gérer ceux-ci. Cependant, il n'a jamais eu à faire face à une crise de colère c'est pourquoi il n'a pas vraiment d'attente envers l'équipe SMJ.

Suite aux rencontres d'évaluation, nous recommandons un suivi mère-fils (thérapie familiale). À partir de ce moment, les rencontres s'effectueront en présence de la stagiaire en psychologie, qui s'assurera de la prise en considération d'une fragilité au niveau de l'attachement entre la mère et son fils ainsi que moi-même, stagiaire en travail social, qui soutiendra la famille dans la compréhension des enjeux relationnels constatés dans l'évaluation en ce qui a trait aux symptômes de Jérémie (conflit de loyauté, communication instrumentale et paradoxale, inversion de rôle parent-enfant, conflit parentaux, difficulté avec le processus d'autonomisation). C'est dans ce contexte, soit les premières rencontres de suivi, que s'inscrit l'utilisation du FAST. En voici quelques particularités.

Tout d'abord il est important de noter que lors de ces rencontres, Jérémie utilise du matériel disponible (et non les figurines) et il fabrique des petits «monstres» en affirmant qu'ils représentent sa mère. Pour ce qui est de la *situation conflictuelle* de Jérémie, d'emblée il ne veut

pas parler d'une situation vécue difficilement avec sa mère. Il nous dit que tout va bien. Cependant, il finira par placer timidement sa mère et lui pas si loin l'un de l'autre. Sans regarder dans un sens opposé, les figurines regardent devant elles. Jérémie met sa mère sur trois blocs de hauteur maximale. Mme semble ressentir un profond malaise de voir cette situation illustrée devant elle et dans le visage de Jérémie, je remarque un inconfort de voir sa mère dans cet état. Il cessera alors de travailler sur la planche de jeu. Lors de situations conflictuelles, Mme nous dit qu'elle sent toujours avoir du pouvoir mais nous mentionne qu'elle ressent toujours une certaine ambivalence. Elle nous dit qu'elle a toujours voulu donner des choix à Jérémie et éviter de faire comme ses propres parents qui imposaient leur façon de voir les choses sans qu'il soit possible de négocier ou de dire quoique ce soit, mais elle trouve que c'est difficile.

Finalement, lors de la réalisation de la *situation idéale* de Jérémie, il met sa mère un peu séparer de lui sur la planche. Les figurines se regardent. Jérémie utilisera tous les blocs, de trois grosseurs différentes (quatre blocs de chaque grosseur) et rien sous la figurine représentant sa mère. Lorsque Jérémie termine sa réalisation, Mme nous nomme la difficulté de Jérémie de comprendre qu'elle ne sera jamais son égale et qu'elle est l'adulte qui prend les décisions. Alors que Mme s'exprime sur la situation, Jérémie enlève un à un les blocs pour ne plus être qu'à la hauteur de sa mère.

Pour ce qui est de la situation idéale de Mme, elle se place à côté d'un homme (futur conjoint), en présence de Jérémie et d'autres enfants. Jérémie est en face de Mme et il la regarde. Le nouveau conjoint regarde devant lui en direction de ses enfants (fictifs) mais aussi de Mme. Mme met deux blocs de hauteur moyenne sous la figurine la représentant ainsi que celle de son nouveau conjoint. Ils ont donc autant de pouvoir dans la relation. Alors que Mme nous parle de sa situation idéale, Jérémie s'agite, prend deux crayons de couleur qui lui servent de baguettes et se met à détruire la situation représentée sur la planche. En fait, il s'«attaque» principalement au

nouveau conjoint et aux enfants fictifs en les heurtant avec les baguettes pour que les figurines tombent ou soient propulsées à l'extérieur de la planche. Il est à noter que Jérémie sourit lorsqu'il effectue cette démarche, tout en surveillant la réaction de sa mère. Jérémie tient aussi à modifier la représentation en enlevant le pouvoir au futur conjoint et en le tout donnant à sa mère.

## Renaud

Renaud est un enfant de 6 ans lorsqu'il nous est référé par un autre programme du CSSS Lucille-Teasdale. Le référent s'inquiète de comportements d'opposition, de difficultés de concentration, de préoccupations récurrentes par rapport à la mort, de rigidité lors de changement de routine, de difficulté à gérer ses émotions, d'un manque de confiance en lui, de comportements provocateurs et arrogants à l'égard de sa mère ainsi que de sentiments et de symptômes anxieux. Renaud se dénigre souvent, adopte des comportements qui passent de l'enfant très jeune à l'adulte dans d'autres situations, il mentionne penser que sa mère veut le donner, se débarrasser de lui et a peur des réactions de son père.

M. et Mme se sont séparés lorsque Renaud avait trois ans et ils se partagent la garde. La relation se serait terminée suite à un événement de violence entre M. et Mme. Suite à sa séparation avec M., Mme aurait fait une dépression qui a nécessité la prise de médication et un suivi réactivé lors du début de notre suivi. Mme se décrit comme quelqu'un d'émotive et d'impulsive. M. ne constate pas de problèmes particuliers en ce qui a trait aux comportements de son fils.

Suite aux rencontres d'évaluation, nous recommandons un suivi mère-fils (thérapie familiale). À partir de ce moment, le suivi s'effectuera en présence de Mme et de son fils une fois aux deux semaines en présence d'une travailleuse sociale ainsi que la stagiaire en travail social, en l'occurrence moi. Nous soutiendrons Mme et son fils dans la compréhension des enjeux relationnels (enfant coincé dans les conflits parentaux, déplacement de la colère de la mère envers

son ex-conjoint sur son fils, inversion de rôles dans la relation mère-enfant et culpabilité de la mère dans l'exercice de son autorité parentale) constatés dans l'évaluation en ce qui a trait aux symptômes de Renaud. L'autre semaine, Renaud a rendez-vous seul avec la psychologue. Cette dernière s'assurera de la prise en considération d'une fragilité au niveau de la perte d'objet, de pulsions agressives peu ou pas contenues ainsi qu'une certaine confusion au niveau des rôles hiérarchisés. C'est dans ce contexte, soit dans les premières rencontres de suivi, que s'inscrit l'utilisation du FAST. Voici quelques uns des constats effectués.

Suite aux consignes de départ, Renaud n'a aucune difficulté à illustrer la *situation de la vie de tous les jours*, et ce, malgré son jeune âge (6 ans). Il place sa mère et son père à l'opposé l'un de l'autre sur une ligne horizontale. Renaud se positionne littéralement entre son père et sa mère. Il représente aussi sa belle-mère, plus près de lui que sa mère et son père, au milieu aussi, de façon à ce que sa mère, son père et sa belle-mère forment un triangle au milieu duquel il se retrouve. M. et Mme regardent dans la direction de Renaud quoique le regard de M. soit aussi dirigé vers celui de sa nouvelle conjointe. Il est à noter que la figurine de Renaud est placée de façon à ce que M. et Mme ne soient pas en mesure de se voir. Renaud place la figurine représentant sa mère sur trois blocs de hauteur maximale, la figurine de son père sur trois blocs de hauteur moyenne et sa belle-mère sur deux blocs de hauteur minimale. Renaud n'a aucun bloc sous sa figurine. Suite à la configuration de la situation typique de Renaud, Mme se montre surprise que Renaud l'ait placée sur plus de blocs que son père. Mme réagit aussi en nous disant que Renaud est parfois pris entre eux deux. En effet, même dans la réalisation de Mme, elle avait de la difficulté à placer Renaud. Elle dit que lorsque Renaud est chez elle, elle se sent proche de lui, elle aurait donc envie de le mettre plus près d'elle sur la planche. Cependant, elle dit aussi qu'elle se sent loin de son ex-conjoint mais elle sait que Renaud est proche de son père.

Mme nous décrit sa *situation conflictuelle* en positionnant Renaud à une extrémité, un coin de la planche et elle dans le coin opposé. Renaud et sa mère regardent dans une direction opposée et la figurine de Renaud est élevée sur deux blocs de hauteur maximale. La figurine de Mme se trouve à la hauteur de la planche. Mme dit que dans cette situation Renaud ne le regarde pas et qu'il a plus de pouvoir qu'elle. Elle se sent vulnérable, à la merci de Renaud, blessée, rejetée et diminuée. Mme dit se sentir comme dans une prison. Elle ne sait pas pourquoi elle tolère cette situation avec son fils puisqu'elle dit que si c'était un ami qui la traitait de cette façon elle ne le garderait pas dans sa vie. Renaud prend alors la parole et dit qu'il y a trop de règles avec maman et qu'elle est trop sévère. Mme se tourne vers son fils et lui jette un regard de reproches. Mme répond qu'elle met des règles mais qu'elle ne veut pas en abuser. Elle affirme qu'elle n'a pas l'impression qu'elle peut reprendre son rôle de mère avec un certain pouvoir sans être contrôlante et imposer plusieurs règles sévères. Elle dit qu'elle a été élevée sévèrement et qu'elle n'a jamais pensé à se rebeller car elle avait peur de son père. Renaud répond ensuite au regard en disant qu'il a dit quelque chose de niais. Il dit haut et fort «je suis nono». Mme réagit à cette phrase de Renaud en disant qu'elle ne veut pas que son fils se sente comme ça. À ce moment, Renaud met son manteau sur sa tête. Il dit qu'il va se construire une «cabane» et qu'il aime mieux se cacher car sinon il dit des niaiseries. Mme se met alors à pleurer et dit qu'elle a l'impression que Renaud ne se sent pas en sécurité avec elle. Elle mentionne sentir que Renaud est obligé d'être fort alors qu'elle est faible.

## Marianne

Marianne a 8 ans lorsqu'elle est référée à notre équipe par une travailleuse sociale scolaire qui s'inquiète des réactions des autres enfants par rapport au poids de Marianne ainsi que de ses comportements lorsque ses parents viennent la reconduire à l'école. En effet, Marianne fait des crises lorsque son père la laisse à l'école, elle pleure, tend les bras et doit être consolée par son

enseignante ou parfois même par la directrice à chaque matin ce qui cause de la moquerie de la part des amis de sa classe. Marianne a des problèmes de poids qui nécessite un suivi serré de la part de professionnel mais qui suscite des réactions mitigées de la part de ses parents. Ils hésitent entre le contrôle des comportements liés à la consommation de nourriture et le laisser-aller car Marianne n'est qu'une enfant. Marianne n'a jamais dormi dans un lit séparé de celui de ses parents depuis sa naissance, elle a peur que ses parents meurent et/ou disparaissent et elle se dénigre. Elle a de la difficulté à écouter les nouvelles à la télévision car elle croit que les événements relatés risquent de se produire dans son environnement immédiat. Les changements de routine nécessitent toujours une période d'ajustement chez Marianne.

Marianne est la seule enfant biologique du couple mais ils ont aussi adopté un garçon maintenant adolescent. Alexandre avait six ans lorsque Marianne est née. M. et Mme mentionnent que pour eux, il n'y a aucune différence entre Alexandre et Marianne, tous les deux sont aimés de la même façon. Cependant, Marianne a toujours été une enfant difficile et depuis sa naissance, ils ont l'impression qu'Alexandre se sent peut-être exclus alors que ce n'est pas le cas. Marianne décide tout à la maison. Pour éviter les conflits, tous les membres de la famille accorde à Marianne ce qu'elle veut. Étant donné les comportements de Marianne, M. et Mme se plaignent qu'Alexandre s'isole dans sa chambre plutôt que de passer du temps en famille. M. et Mme se disent épuisés d'avoir toujours à négocier avec Marianne, mais ils hésitent à exercer leur autorité parentale. M. et Mme nous expliquent qu'ils craignent d'exercer leur autorité puisque cela signifie imposer des choix à leurs enfants et ils veulent éviter de faire comme leurs propres parents.

M. et Mme souffrent tous les deux d'une dépression majeure. M. se décrit comme un «papa gâteau» et protecteur. Il n'a jamais eu confiance en lui. Mme dit qu'elle est quelqu'un de nature très inquiète. Par exemple, elle hésite à inscrire Marianne à un camp de jour car ils font

des activités qui nécessitent de la supervision et elle n'est pas sûre qu'ils seront en mesure de fournir suffisamment d'encadrement. Mme dit ne pas «tenir des voisins». Son propre père est quelqu'un d'inquiet qui a souvent empêché ses enfants d'explorer leur environnement par crainte de ce qui pourrait arriver. M. et Mme ne font aucune sortie de couple car Marianne ne veut pas se faire garder et Mme mentionne qu'elle n'aime pas trop sortir de la maison.

Suite aux rencontres d'évaluation, nous avons recommandé la thérapie familiale et nous avons invité Alexandre à se joindre à la thérapie. À partir de ce moment, les rencontres ont eu lieu une fois toutes les deux semaines en présence de la travailleuse sociale ainsi que la stagiaire en travail social. L'évaluation a permis de cibler des pistes d'intervention telles que l'absence de hiérarchie familiale, la présence d'une rivalité fraternelle importante, une immaturité importante chez Marianne, la présence d'angoisse de séparation liée à la crainte de perte d'objet, la minimisation de l'agressivité ainsi que la mise à distance et l'évitement des conflits car ils sont associés à la crainte de rompre la relation. Étant donné que ce suivi a débuté après les vacances de Noël, il m'a été impossible d'utiliser le FAST. Cependant, le FACES-IV a été proposé afin de mettre en lumière certaines dynamiques familiales.

Si l'on se réfère à la typologie systémique des familles et à son modèle circomplexe, selon Mme, sa famille serait désengagée-chaotique ([voir annexe H](#)). En effet, cette famille présente un haut niveau de difficultés en raison de son manque de proximité émotionnelle (indiqué par des résultats bas à la sous-échelle de cohésion 22% et des résultats élevés à la sous-échelle désengagement 83%) et un haut niveau de difficultés face aux changements (indiqué par des résultats élevés à la sous-échelle chaotique 95% et des résultats bas à la sous-échelle adaptabilité 34%). Les résultats associés aux calculs des dimensions cohésion (0,247), adaptabilité (0,433) et «circomplexe» (0,334) étant faibles, la famille s'éloigne de l'équilibre puisque plus les résultats

du ratio sont élevés plus la famille est équilibrée. De plus, plus les résultats se situent en dessous (plus petit) que un, moins le système est en santé.

Les résultats obtenus par M. font aussi état d'une faible cohésion familiale ainsi qu'une structure chaotique. Cette famille présente un haut niveau de difficultés en raison de son manque de proximité émotionnelle (indiqué par des résultats bas à la sous-échelle de cohésion 34% et des résultats élevés à la sous-échelle désengagement 83%) et un haut niveau de difficultés face aux changements (indiqué par des résultats élevés à la sous-échelle chaotique 95% et des résultats bas à la sous-échelle adaptabilité 34%). Cependant, si l'on se réfère au modèle circomplexe, les caractéristiques de la famille de M. seraient davantage séparées-chaotiques ([voir annexe H](#)). Les ratios cohésion (0,382), adaptabilité (0,527) et «circomplexe» (0,443) de M. se situent en dessous de un ce qui signifie que le système familial n'est pas en santé et peu équilibré. Les familles équilibrées ont le plus haut ratio total (2,5) et sont donc les plus en santé, suivies par les familles cohésives-rigides (ratio total 1,3). Les familles déséquilibrées (ratio total 0,24) et les familles désengagées-chaotiques (ratio total 0,38) sont les moins en santé.

Selon la perception des parents, les énoncés qui correspondent le plus à leur famille faisaient référence au fait qu'elle ne semblait jamais organisée, qu'elle avait besoin de davantage de règles, qu'il n'est pas clair qui est responsable (tâches, activités) et qu'il n'y a personne qui dirige dans leur famille. Les parents reconnaissent aussi leur famille en ce qui a trait au fait qu'ils ne font pas d'activités ensemble, que les membres de leur famille dépendent rarement les uns sur les autres et que les membres de leur famille connaissent très peu les amis des autres membres de la famille. Finalement, quelques énoncés correspondant à des dimensions plus enchevêtrées de la famille sont aussi ressortis du questionnaire adressé aux parents soit en ce qui a trait au fait de ressentir de la pression pour passer la plupart de leurs temps libres ensemble ainsi que de se sentir coupable s'ils veulent passer du temps à l'écart de la famille.

## Louis

Louis a 14 ans et c'est son père qui s'est présenté au CLSC Hochelaga-Maisonneuve avec une prescription pour une référence en pédopsychiatrie. Étant donné la structure des CSSS, la demande devait transiter par notre équipe. Louis a un diagnostic de trouble du déficit de l'attention ainsi que de dysorthographe. Il aurait une faible motivation scolaire, il serait passif (il a peu d'intérêt et d'ambition), peu autonome pour son âge et aurait peu confiance en lui. Ses parents auraient remarqué une certaine modification au niveau de son hygiène, il mange peu, se dénigre, ment fréquemment, il aurait un discours étudié, aseptisé et attaché aux conventions sociales. Il aurait déjà eu des idéations suicidaires dans le passé mais il n'en a pas lorsque notre équipe entre en contact avec lui.

En ce qui a trait à la famille de Louis, sa mère aurait fait deux tentatives de suicide dans le passé en lien avec des dettes de jeux. Elle aurait un problème de toxicomanie et des antécédents de dépression. M., quant à lui, a un diagnostic de trouble de la personnalité limite depuis les années 2000. Il prend de la médication depuis et se décrit comme quelqu'un d'exigeant envers lui-même et les autres. Il mentionne vouloir que son fils se prenne en main car ses résultats scolaires sont moyens et il met en péril son avenir. À partir du moment où la demande est passée du guichet d'accès en santé mentale jeunesse à notre équipe pour entamer le processus d'évaluation, je n'ai pas été en mesure de planifier un rendez-vous avec la famille. M. et moi avons discuté au téléphone à quelques reprises mais ce n'était jamais un bon moment pour lui. De plus, même si je laissais mes coordonnées et mes disponibilités pour planifier un rendez-vous téléphonique, M. me rappelait alors que je n'étais pas au bureau et son message laissait sous entendre que je n'étais pas disponible souvent et qu'il trouvait la situation déplorable. Finalement, après plus d'un mois de tentatives infructueuses, M. nous dit qu'ils ne peuvent pas s'investir dans une démarche d'une telle ampleur car Louis ne peut pas se permettre de manquer

autant d'école. Je dois donc informer la famille qu'une nouvelle demande devra être effectuée s'ils veulent de nouveau des services.

## *Enjeux*

### **Au plan organisationnel**

Tout d'abord, en ce qui a trait à ce qui a favorisé l'implantation de mon projet au plan organisationnel, le milieu s'est montré très ouvert à de nouvelles méthodologies d'intervention. En effet, malgré l'aspect institutionnel du milieu et une certaine rigidité en ce qui a trait aux procédures à suivre avec la clientèle, le milieu a accueilli mon projet à bras ouverts. De plus, les travailleuses sociales de l'équipe de santé mentale jeunesse du CLSC Hochelaga-Maisonneuve ont toutes une formation en systémique ou sont en processus de l'obtenir ce qui a permis aux objectifs de mon projet de faire sens auprès du milieu.

Je trouve aussi que la structure de l'équipe a permis à mon projet une vitrine inespérée. En effet, les travailleuses sociales étaient à la recherche d'outils qui pouvaient être utilisés avec les familles et non en suivi individuel. De plus, j'aurais trouvé étrange d'imposer mon projet dans une structure définie à l'avance, c'est-à-dire une démarche qui se résumait à quelques rencontres par exemple. En n'ayant pas nécessairement de fin définie dans le temps, mais des rencontres bilan prévues à tous les trois mois, l'utilisation de l'outil n'a pas à eu à être expéditive et cela a donné lieu à de beaux moments d'intervention. Dans cet ordre d'idée, le cadre thérapeutique privilégié par le milieu a favorisé l'implantation de mon projet. Finalement, l'équipe de santé mentale jeunesse du CLSC Hochelaga-Maisonneuve étant en pleine expansion au niveau de l'embauche du personnel ainsi que des demandes de services, ma superviseuse avait pu me «réserver» des dossiers qui correspondaient à mon projet d'intervention.

Pour ce qui est de ce qui a fait obstacle à l'implantation de mon projet d'intervention, mentionnons tout d'abord le contexte d'optimisation auquel fait face tous les CSSS de l'île de

Montréal. En effet, dans cette optique, on a demandé à toutes les équipes de clarifier les approches qu'elles veulent privilégier et aux intervenants de se positionner à cet effet. De plus, il y a aussi et surtout le désir de rendre ces «grosses boîtes», que sont les CSSS, le plus efficaces possibles. Ainsi, sous le prétexte d'un service à la clientèle exemplaire, les professionnels seront appelés à «remplir» certaines statistiques, soit voir le plus de clients possibles par exemple. La thérapie long terme sera appelée à se modifier ou du moins, les équipes qui ne précisaient pas la durée de leurs suivis, devront maintenant surement définir la durée et le cadre.

Au plan organisationnel, le budget, sans être problématique, m'a permis de développer un côté créatif. En effet, les CSSS étant en restriction budgétaire, je n'ai pas eu accès au véritable outil FAST. J'ai donc dû le fabriquer et l'utiliser selon les informations disponibles. Au niveau de l'organisation des services, j'ai remarqué que dans le cadre de ces réorganisations majeures, l'équipe n'avait pas de position commune en ce qui a trait à la clientèle. En effet, chacun des professionnels y allait de sa contribution personnelle, teintée de sa formation, alors que je ne crois pas que la clientèle doit être «séparée» pour répondre aux spécialités des professionnels. Je crois plutôt que ces mêmes professionnels doivent s'entendre pour dire qu'en tant qu'équipe, ils sont à l'aise de travailler auprès de telle clientèle et que le travail de leur équipe commence et se termine à un certain endroit. Finalement, un certain manque de clarté en ce qui a trait au guichet d'accès en santé mentale a parfois mené à la prise en charge de famille trop lourde pour la première ligne, notre équipe, mais que l'on ne voulait pas laisser sans services avant leur prise en charge en deuxième ou troisième ligne.

En somme, le quartier Hochelaga-Maisonneuve et la clientèle qui y est associée, a fait obstacle à l'implantation de mon projet. La clientèle est plus difficile d'approche, les familles vivent dans des conditions de pauvreté, ils ont souvent des liens avec la DPJ, les adolescents sont difficiles à accrocher et les familles ont souvent de la difficulté à se percevoir comme faisant

partie du problème. De plus, étant donné la clientèle privilégiée par mon projet, soit les parents ET les enfants qui souffrent simultanément d'un problème de santé mentale, il s'est avéré difficile de mobiliser la famille et/ou le réseau, de connaître le véritable niveau de motivation des parents en ce qui a trait à modifier leur façon d'être en lien ainsi que les limites de leur capacité d'introspection étant donné leur problématique de santé mentale et sa sévérité.

### **Au plan professionnel et sociétal**

Au même titre que ce qui a été discuté plus haut, la formation systémique suivie par ma superviseure ainsi que l'approche privilégiée par tous les travailleurs sociaux de l'équipe de santé mentale jeunesse a su profiter à l'implantation de mon projet de stage. L'approche systémique faisait donc partie de mon milieu de stage mais elle est aussi celle qui a été choisie par les professionnels du milieu. Le fait que l'équipe soit jeune, assoiffée de nouvelles façons d'intervenir et animée d'un désir de formation continue a aussi facilité l'implantation de mon projet. L'interdisciplinarité de l'équipe a aussi été bénéfique à l'implantation de mon projet. En effet, mon projet se voulait être une intervention auprès des familles. Cependant, si le milieu n'avait pas permis le cadre thérapeutique qu'est la thérapie familiale, puisque c'est une équipe dédiée à la santé mentale des jeunes, mon projet n'aurait pas pu s'effectuer. L'équipe interdisciplinaire m'a aussi permis de différencier ce que le travailleur social fait dans une telle équipe par rapport à d'autres professionnels et vice et versa.

Ce qui a aussi fait obstacle à mon projet de stage, d'un point de vue professionnel, est principalement une certaine fermeture des autres professions en ce qui a trait au partage des ressources. Cependant, j'ai remarqué l'évolution de cette pensée avec l'instauration d'un «club de lecture» qui visait le partage des outils, la discussion autour de questionnements par rapport à l'intervention ainsi que l'ouverture d'une «testathèque» qui rassemble tous les outils qui peuvent circuler entre professionnels. Cependant, cette démarche n'a été effectuée qu'à la fin de mon

stage. L'interdisciplinarité avait aussi un côté un peu plus difficile soit la co-intervention alors que les idéologies peuvent paraître complètement opposées. Ces visions différentes ont pu faire obstacle à l'implantation de mon projet car certains professionnels ne voient pas d'emblée l'aspect systémique de la problématique de l'enfant et ont pu remettre en question la pertinence de mon projet en début de stage.

En somme, d'un point de vue sociétal, je ne peux passer outre les valeurs conservatrices de notre société actuelle. Dans cette optique, le «protocole Toyota» tente de faire une percée dans les CSSS où l'on voudrait traiter des personnes, des êtres humains, au même titre que des entreprises qui font du profit. Cette nouvelle vision tente d'imposer une façon de gérer le réseau de la santé comme une entreprise qui doit être rentable et productive. Selon moi, cette façon de considérer les services aux clients fait nécessairement obstacle à l'implantation de mon projet qui a su profiter d'une certaine latitude dans l'intervention. En misant sur l'efficacité et la rentabilité, il est difficile de croire que cela va bénéficier aux clients. En terminant, j'ajouterais que mon peu d'expérience et ma maladresse en tant que «débutante» ont pu faire obstacle à l'implantation de mon projet puisque c'est suite à l'utilisation de l'outil que j'ai vu tout ce qui aurait pu être possible de faire avec celui-ci.

## **CHAPITRE 4 : ANALYSE ET RÉFLEXION CRITIQUE**

### **DESCRIPTION ET DÉFINITION DES CONCEPTS**

En réponse à la question de départ, soit de déterminer comment l'entretien de type familial, en contexte de CLSC avec une clientèle volontaire, faite dans le cadre d'une approche systémique, est approprié auprès d'un parent ET d'un enfant souffrant simultanément d'un problème de santé mentale, les concepts suivant ont été retenus pour l'analyse : les frontières, la différenciation de soi, les triangles, la communication familiale ainsi que la transmission intergénérationnelle. Ces concepts ont pris leur sens suite à une recherche réalisée par Minuchin

qui stipulait qu'indépendamment du symptôme psychosomatique présenté, le système familial «malade» révélait des modèles d'interaction et d'organisation typiques et dysfonctionnelles tels que l'enchevêtrement (membres hyper-impliqués, tendance à l'intrusion, autonomie et espace personnel inexistant, frontières diffuses entre les générations, la confusion des fonctions et des rôles), l'hyperprotection (des attitudes de type protecteur encouragées et offertes, la famille se mobilise pour «soigner», ce mouvement cache souvent des conflits familiaux), la rigidité (typique, résistance au changement très forte, la famille se présente comme unie et harmonieuse) ainsi que l'évitement du conflit (seuil de tolérance très bas au conflit, le patient désigné joue un rôle central, tout tourne autour de lui). C'est aussi dans l'optique de «dévoiler» et de travailler ces concepts que l'outil FAST a été utilisé. Chacun des concepts sera défini puis analysé selon leurs points de convergence et de divergence entre la littérature et le savoir expérientiel acquis au cours du stage. À cet effet, quelques exemples seront tirés de mon expérience de stage afin d'illustrer mon propos.

### *Les frontières*

Tout d'abord, le concept de frontières recouvre deux réalités distinctes, dans la mesure où l'attention se fixe sur les individus ou sur le système. Dans le premier cas, c'est la notion de fusion, au sens de Bowen (1978), qui rend le mieux compte de l'indifférenciation. Dans le second cas, l'enchevêtrement décrit bien le fonctionnement du système. Le terme frontière comprend donc deux aspects, celui de rôle déterminant les limites des sous-systèmes et celui de proximité, définissant les frontières interpersonnelles (Morval, 1985). Il est également important de noter que des frontières diffuses et un manque de hiérarchie intergénérationnelle dans une famille ne sont pas nécessairement des signes pathologiques. La caractéristique à considérer est la flexibilité qui permet de passer aisément d'une situation à une autre (Morval, 1985). À cet effet, le thérapeute familial fonctionne comme un constructeur de frontières; il clarifie les frontières

diffuses et ouvre les frontières trop rigides. Il peut aussi avoir à aider le sous-système à négocier des frontières franchissables avec le monde extra-familial. Son évaluation du fonctionnement des sous-systèmes de la famille et de leurs frontières permet un rapide tableau diagnostique de la famille et oriente ses interventions thérapeutiques.

Selon Minuchin (1979), une famille se compose aussi de trois sous-systèmes : conjugal, parental et fraternel. Dans une famille saine, non seulement les sous-systèmes sont clairs et délimités de façon perméable, mais il y a aussi une hiérarchie des membres ainsi que des niveaux de différenciation clairement définis et appropriés à leur âge. Toutefois, fonctionner aux deux extrêmes (envahissement ou désengagement) indique des zones de pathologie possible.

Le **sous-système conjugal** peut devenir un refuge contre les stress externes et la matrice des contacts avec d'autres systèmes sociaux. Il peut favoriser l'apprentissage, la créativité et l'épanouissement. Cependant, les membres d'un couple peuvent aussi activer les aspects négatifs de l'autre. Les adultes doivent avoir un territoire psychosocial qui leur soit propre. Si la frontière autour des conjoints est trop rigide, le système peut être stressé par leur isolement. Cependant, si les conjoints maintiennent des frontières perméables, d'autres sous-groupes, y compris les enfants et la belle-famille, peuvent faire intrusion dans leur fonctionnement de sous-système.

Le sous-système conjugal doit se différencier du **sous-système parental**. En effet, dans une famille intacte, les tâches de socialisation d'un enfant doivent être remplies sans perdre le soutien mutuel qui devrait caractériser le sous-système conjugal. Il doit donc exister une frontière qui permet à l'enfant l'accès à ses deux parents tout en l'excluant des fonctions conjugales. Un fonctionnement efficace demande que parents et enfants acceptent le fait qu'une utilisation différenciée de l'autorité est un ingrédient nécessaire pour le sous-système parental.

Le **sous-système fraternel** est le premier laboratoire de vie social dans lequel les enfants peuvent faire l'expérience des relations avec leurs pairs. Lorsque les enfants entrent en contact

avec le monde extérieur à la famille, ils essaient de fonctionner de la même manière qu'avec le monde de la fratrie. Ainsi, la fratrie remplit de nombreuses fonctions dont la régulation mutuelle, les rapports avec les parents ainsi que l'identification et la différenciation (Morval, 1985). La fonction de régulation mutuelle implique que la fratrie permet d'expérimenter de nouveaux rôles et comportements. En ce qui a trait aux rapports avec les parents, les enfants peuvent former une coalition pour négocier avec plus de force et contrebalancer le pouvoir des parents. Finalement, la fonction d'identification et de différenciation par la fratrie est possible parce que les frères et les sœurs ont un impact émotionnel les uns sur les autres et qu'à travers cette relation il peut s'établir le sentiment d'être une personne distincte. Cependant, sans une différenciation adéquate, un dangereux processus de fusion peut bloquer le développement de chacun.

Les frontières du sous-système fraternel devraient protéger les enfants de l'ingérence des adultes, afin qu'ils puissent exercer leur droit à l'intimité. Cependant, selon la littérature, il semble que ce soit l'absence de sous-système fraternel qui montre le plus clairement son importance. En effet, les enfants uniques acquièrent assez tôt un modèle d'adaptation au monde adulte, ce qui peut se manifester par un développement trop précoce. En même temps, ils peuvent manifester des difficultés dans le développement de l'autonomie et la capacité de partager, coopérer et rivaliser avec les autres. La rivalité fraternelle, placée au cœur de la fratrie, serait en fait une lutte pour obtenir l'affection exclusive des parents (Morval, 1985). L'issue de cette rivalité dépend beaucoup de l'attitude des parents face à l'agressivité et aux conflits. En fait, ces conflits appartiennent en propre aux enfants, mais beaucoup de parents trouvent difficile d'en respecter les frontières. Cela requiert de leur part d'être relativement libérés de leurs propres difficultés face à l'agressivité et d'établir des règles consistantes et claires au sujet des querelles.

Dans le cadre de mon stage, j'ai donc tenté de déterminer si les frontières des sous-systèmes familiaux dont un des parents (et/ou les deux) ET un enfant ont une problématique de

santé mentale sont davantage enchevêtrées ou désengagées, et ce, selon la problématique de santé mentale du parent et de l'enfant. Le constat du type précis de frontières dans les familles dont un parent ET un enfant souffrent d'une problématique de santé mentale s'est avéré pertinent puisqu'il nous a permis d'établir des hypothèses d'intervention. Leur connaissance nous permettait de tenter de perméabiliser le système si les frontières étaient trop enchevêtrée sans pour autant qu'il soit nommé aux familles qu'elles avaient des frontières de ce type.

La recension des écrits, quant à elle, faisait état de la tendance des mères dépressives à se montrer plus contrôlantes, coercitives et restrictives envers leurs enfants. Des parents atteints d'un autre trouble mental oscillent aussi entre une attitude de surprotection et de contrôle et une trop grande permissivité. Cependant, peu importe son origine, c'est l'inconstance des attitudes et des comportements des parents qui place leurs enfants dans un contexte disciplinaire incohérent qui peut engendrer chez eux de la confusion.

Pour ce qui est d'*Élizabeth* et de sa famille, des signes clairs de frontières enchevêtrées ont pu être observés, particulièrement au sein de la dyade (sous-système) mère-enfant. Les figurines placées très près les unes des autres lors des représentations de la situation de la vie de tous les jours, conflictuelle et idéale d'Élizabeth font état de cette particularité de la dyade mère-fille. Mme pouvait aussi prétendre, sous prétexte qu'elles se ressemblaient, des pensées et des désirs de sa fille. De plus, Mme hésite à laisser Élizabeth participer à des activités où elle n'est pas présente ou lorsqu'elle est seule, elle va constamment vérifier que tout est sous contrôle comme Mme l'a bien illustré dans sa situation conflictuelle lors de l'utilisation du FAST. Je remarque aussi que les situations idéales de Mme et de M. sont représentées par des figurines placées très près les unes des autres. De plus, toutes les nuits, Élizabeth va rejoindre ses parents dans leur lit. Lors des rencontres d'évaluation, une des attentes des parents était aussi

qu'Élizabeth arrive à jouer seule sans solliciter constamment la présence de ses parents auprès d'elle.

En ce qui a trait au sous-système conjugal, nous remarquons que les moments de couple sont impossibles sans qu'Élizabeth vienne s'immiscer entre les deux. Les sorties de couple sont aussi difficiles car Élizabeth n'aime pas se faire garder et les parents préfèrent éviter les «crises» possibles lors de ces situations. Les frontières enchevêtrées sont aussi caractérisées par un manque de frontière entre les générations ou entre le sous-système parental et les enfants. Dans cette optique, l'autorité parentale est difficile à exercer de la part de M. car il sent qu'Élizabeth a beaucoup de pouvoir. Cette situation est clairement illustrée par le pouvoir qui est surtout distribué chez Mme et Élizabeth lors de l'illustration de la situation de la vie de tous les jours de M.. De plus, cette position hiérarchique avantageuse exercée par Élizabeth lui permet de jouer parfois «le parent» avec son père (inversion de rôle) puisque la mère le discrédite beaucoup (depuis son grave accident) devant Élizabeth. Finalement, Élizabeth a peu d'amis. Selon sa mère, cela s'explique par le fait qu'elle aimerait contrôler le jeu et réagi mal lorsqu'elle perd. Ainsi, cette «maturité» précoce n'a pu être évitée par la protection du sous-système fraternel puisqu'Élizabeth est enfant unique. Élizabeth n'ayant pas eu à partager, à coopérer et à rivaliser dans un sous-système fraternel, cela peut expliquer les difficultés vécues par rapport à sa socialisation.

Les frontières de la dyade mère-fils de *Renaud* pourrait davantage être qualifiées de désengagées. En effet, lors du suivi, Mme et Renaud nous disent qu'ils éprouvent de la difficulté à effectuer des activités ensemble. Ils ont des intérêts différents et donc beaucoup de temps à effectuer des choses chacun de leur côté. Il existe des frontières générationnelles très rigides et autocratiques. Mme exerce une autorité très prononcée avec plusieurs règles. Elle est considérée par son fils comme très stricte et contrôlante comme l'illustre la situation conflictuelle de Jérémie

où il se place au milieu de plusieurs personnes, en cercle autour de lui, en affirmant qu'il ne sait plus où donner de la tête. Cette situation démontre qu'encerclé, Jérémie ne peut rien faire pour s'en sortir, qu'il est impuissant face à la situation et qu'il n'y a pas de place pour lui. À plusieurs moments, Renaud mentionnera à sa mère qu'il voudrait disparaître, se construit même des «cachettes» avec la table disponible et son manteau. Il lui est arrivé aussi de dire à sa mère qu'elle pourrait le «donner» si elle le veut.

En ce qui a trait aux règles qui régissent les frontières de la famille de *Marianne*, elles sont floues et les conséquences inconsistantes puisque les parents hésitent à exercer une autorité qu'il associe automatiquement à une autorité sévère et coercitive, étant donné les patterns transgénérationnels respectifs des parents. Pour les deux parents, le contrôle parental est inefficace et infructueux ce qui rend le sous-système parental perméable aux ingérences des enfants et les décisions constamment revendiquées par les enfants. De plus, les rôles n'étant pas clairement définis, cela favorise la présence d'inversement de rôle. Par exemple, Marianne ayant beaucoup de pouvoir dans la famille, cela lui permet de prendre plusieurs décisions qui devraient être prises par ses parents. Il n'existe donc pas de frontières inter-générationnelles ce qui signifie que les enfants, mais surtout Marianne, perçoivent tous les membres de la famille avec le même pouvoir et la même place dans la hiérarchie familiale. En somme, en ce qui a trait aux frontières de la famille de Marianne, on peut se questionner sur l'ouverture de la famille vers l'extérieur. Outre les familles respectives, les enfants et les parents font peu de sorties et parlent peu de contacts amicaux. De plus, il existe un fort sentiment de rivalité fraternelle dans le sous-système fraternel et une difficulté pour la famille de trouver une place appropriée qui permettrait la vie familiale.

## *La différenciation de soi*

Le concept de différenciation de soi de Bowen s'inscrit dans l'élaboration de frontières claires d'un point de vue individuel, soit de la construction d'un moi entier et différent des autres membres de la famille. Plus spécifiquement, Bowen l'illustre par l'échelle de différenciation du soi qui est une sorte d'échelle de la maturité émotionnelle. Arbitrairement, il la fait aller de l'indice zéro, de la symbiose totale où le sujet ne peut survivre sans un autre, à l'indice cent, soit l'autonomie complète.

La recension des écrits m'a permis de constater que les parents aux prises avec des troubles anxieux sont aussi moins susceptibles d'encourager l'autonomie psychologique de leurs enfants; que les mères aux prises avec un problème de santé mentale sont moins en mesure de différencier leurs propres besoins de ceux de leurs enfants; que la dépression diminue la capacité des parents à bien guider leurs enfants dans leur processus de développement; que les parents dépressifs seraient aussi moins capables de fournir à leurs enfants le soutien nécessaire pour qu'ils développent leur conscience identitaire, apprennent à gérer leurs émotions et à résoudre leurs problèmes; que les parents qui adoptent une attitude de retrait en raison de leur trouble mental privent les enfants d'activités sociales formatrices; et que finalement, certaines manifestations des troubles anxieux, comme la peur de l'échec, le trouble panique, l'évitement, les comportements compulsifs, les obsessions, peuvent se traduire par une limitation des déplacements et des expériences d'exploration et de découverte des enfants. Ainsi, la constance dans l'interaction favorise le développement affectif des enfants, mais ce n'est pas toujours le cas lorsqu'il y a présence d'un trouble mental. Mon projet visait donc l'amélioration du processus de différenciation des enfants souffrant d'un problème de santé mentale envers leur parent souffrant eux aussi d'une problématique de santé mentale.

Lors de mon stage, l'utilisation de l'outil FAST ne m'a pas permis spécifiquement

d'identifier ou de décrire le processus de différenciation de soi. Cependant, quelques constats ont pu être fait. En ce qui a trait à *Élizabeth*, on peut penser que ses nombreuses hospitalisations et la crainte de perdre ses parents (accident de son père) ont rendu le processus d'autonomisation plus difficile et limitent l'ouverture d'Élizabeth vers l'extérieur. De plus, en intervention, on se demande souvent si ce qu'elle dit vient d'elle ou de sa mère. Par exemple, à un moment il est question que Mme puisse reprendre des activités à l'extérieur de la maison. Élizabeth dira alors que sa mère ne peut pas quitter car son père ne peut pas s'occuper d'elle. En effet, étant donné sa condition, elle souligne qu'il pourrait oublier de fermer le poêle et donc mettre le feu à la maison.

*Jérémie*, quant à lui, vit une relation étroite avec sa mère et plus instable avec son père. Dans cette optique, on peut se questionner quant à la possibilité que les crises de colère de Jérémie lui permettent de prendre une certaine autonomie par rapport à sa mère. En ce qui a trait à la relation père-fils, il est permis de penser que Jérémie tente de préserver sa relation qui est perçue comme fragile en adoptant parfois des comportements pseudo-matures mettant ainsi en lumière des inversions de rôle. De plus, étant donné cette relation exclusive et la difficulté pour la mère d'exercer son autorité sans ambivalence, les choix offerts à Jérémie sont parfois des non-choix ce qui limite la capacité de négociation et augmente la frustration chez Jérémie. À cet effet, lors de l'illustration de la situation idéale de Jérémie, il installe sa figurine hautement perchée sur tous les blocs disponibles représentant le pouvoir.

Pour ce qui est de *Marianne*, un fort sentiment de dépendance lie la famille entre elle ce qui rend le processus de différenciation de Marianne difficile. Toute séparation est vécue comme anxiogène par chacun des membres de la famille. Dans cette optique, les symptômes et comportements immatures de Marianne lui permettent de garantir la présence de ses parents et de son frère près d'elle. Dans cette famille, les décisions sont souvent teintées des inquiétudes de la mère. Par exemple, Mme nomme qu'elle aimerait que Marianne soit plus mature et prenne de

l'autonomie, mais lorsque Marianne émet le désir d'aller au camp de jour cet été, Mme refuse en prétendant que c'est dangereux et que les activités ne sont pas assez encadrées. Mme peut aussi changer ses décisions puisqu'elle projette ses propres inquiétudes sur Marianne qui les agit ou les renvoie à sa mère.

### *Les triangles et le conflit de loyauté*

Les triangles (Bowen), servent à décrire les phénomènes émotifs relationnels familiaux et de différenciation du soi impliquant trois personnes en relation (Anaut, 2005). Le triangle décrit le plus petit des systèmes de relation stable, c'est l'élément de base de tout système émotif et peut s'observer dans tous les groupes impliquant émotionnellement des personnes. Le but de la triangulation est d'introduire un troisième élément en guise de tentative de stabiliser un système à deux lorsqu'il est menacé (ou perçu comme tel) ou en danger de désintégration (ou perçu comme tel). La triangulation permet d'éviter les «vrais» problèmes émotionnels. Il est à noter qu'aucun triangle ne peut être maintenu sans la participation active de chacun des membres et chacun participe à le perpétuer.

Ainsi, au sein des sous-systèmes décrit un peu plus haut, il peut exister des jeux d'alliance et de coalition. Dans son livre, Morval (1985) définit une **alliance** comme la perception ou l'expérience que font deux ou plusieurs personnes d'être unies par des attitudes, des valeurs ou des intérêts communs et d'éprouver des sentiments positifs l'une envers l'autre. À cette notion s'oppose celle de **coalition**, associé à des sentiments négatifs. Ces alliances et ces coalitions existent à différents niveaux de conscience et définissent l'organisation émotionnelle du système tout en remplissant une fonction homéostatique (Morval, 1985). Dans une famille normale, les individus se sentent libres de s'allier en fonction des étapes de la vie et des opérations nécessaires au moment présent (Morval, 1985). Dans les familles perturbées par contre, ces alliances peuvent devenir des coalitions dirigées contre un membre ou un sous-système particulier (Morval, 1985).

Mon projet visait donc l'identification et la caractérisation des triangles dans les familles dont le parent et l'enfant souffrent d'un problème de santé mentale.

Les coalitions peuvent prendre différentes formes, la triangulation, la coalition parent-enfant, le détournement par l'attaque et le détournement par la surprotection (Morval, 1985). Dans la **triangulation**, les deux parents, en conflit plus ou moins ouvert, essaient d'obtenir la sympathie ou le support de l'enfant contre l'autre ce qui amène chez l'enfant d'intenses conflits de loyauté. Au niveau du concept de **conflit de loyauté** élaboré par Boszormenyi-Nagy (1973), mon stage visait l'exploration de la place du conflit de loyauté entre le parent malade et l'enfant malade ou l'autre parent et les autres enfants. Le concept de loyauté repose sur l'idée que des liens d'attachement unissent les membres de la famille et qu'ils se traduisent par des systèmes de loyautés invisibles dont sont porteurs les membres souvent à leur insu. Les loyautés familiales peuvent être, en partie conscientes mais elles sont toujours inconscientes lorsqu'elles régissent les relations entre les générations. Cependant n'ayant pas trouvé de littérature sur les conflits de loyauté entre un enfant «malade» et un parent sain ou vice-versa, je ne savais pas où mon projet allait me mener.

À cet effet et à la lumière des informations recueillies pour la famille de **Renaud**, nous avons observé que la relation entre les parents de Renaud est plutôt conflictuelle. Dans ce contexte, il se peut que Renaud soit amené à vivre des situations où il n'arrive pas se sentir bien lorsqu'il est près de papa et loin de maman et vice et versa parce qu'il vit des conflits de loyauté. De plus, il a été intéressant de constater que l'illustration de la situation conflictuelle de Mme, lors de l'utilisation du FAST, faisait état de ce conflit. Mme a longtemps hésité afin de savoir où elle allait positionner la figurine de Renaud. Elle parlait à haute voix de la difficulté qu'elle éprouvait à placer Renaud loin d'elle, alors qu'elle savait qu'il était près d'elle, mais qu'elle le sentait près de son père aussi. Un constat semblable a pu être fait en ce qui a trait à **Jérémie**. En

effet, le père et la mère ayant des méthodes éducatives différentes, on peut penser qu'il est difficile pour Jérémie de trouver sa place dans ses deux «maisons». Mme ne peut non plus s'empêcher commenter les séjours de Jérémie chez son père ce qui peut expliquer pourquoi, en début de suivi, Jérémie éprouvait de la difficulté à parler de son père ou s'il le faisait, il demeurait attentif aux moindres réactions de sa mère. De plus, s'il percevait qu'il lui faisait de la peine, il cessait tous les commentaires et faisait tout pour faire ce que l'on attendait de lui, soit plaire à sa mère dans ce cas précis.

Dans le cas d'une **coalition parent-enfant**, un parent s'associe à l'enfant contre l'autre. Cette proximité peut provoquer le symptôme, surtout lorsque le développement de l'enfant commence à menacer l'équilibre ainsi établi. J'ai pu remarqué ce type de coalition entre *Élizabeth* et sa mère. En effet, à plusieurs moments, j'ai senti qu'elles se liguèrent contre M., pour le discréditer. Le **détournement par l'attaque** survient lorsque les deux parents se liguent contre l'enfant, celui-ci devenant en quelque sorte le bouc-émissaire. Finalement, le **détournement par la surprotection** consiste à considérer l'enfant comme faible et malade. Il devient alors l'objet de l'attention des deux parents, comme dans les «familles psychosomatiques». Pour plusieurs des familles rencontrées, ce type de triangle n'a pu être constaté puisqu'un des parents était plus ou moins d'accord avec la démarche avec l'équipe de SMJ. En fait, ce sont souvent les pères qui mentionnaient des réticences et affirmaient que les symptômes évoqués avaient plutôt lieu en présence de la mère. Cependant, à un certain niveau, la famille d'Élizabeth tentait de diriger nos interventions vers une référence en pédopsychiatrie et la prise de médication. Ainsi, à certains moments Élizabeth devenait l'objet de l'attention de ses deux parents.

## *La communication*

La communication est une interaction entre deux personnes qui se rencontrent et cherchent à rendre cet événement signifiant pour elles (Morval, 1985). Les auteurs considèrent généralement deux types de communication. La **communication instrumentale** réfère à l'adaptation de la famille au monde extérieur et au maintien de son équilibre interne. Elle porte sur des problèmes précis, nécessitant organisation et planification. La **communication affective** concerne les relations d'intégration entre les membres et l'expression des affects, aussi bien positifs que négatifs (Morval, 1985). C'est souvent cette dernière qui est perturbée d'abord par la pathologie familiale. Il semble y avoir alors une incapacité à exprimer des sentiments positifs; les parents se dévalorisent mutuellement et manifestent beaucoup d'hostilité envers l'enfant-problème. D'autres familles, par contre, sont incapables d'exprimer de la colère ou de la tristesse ou inhibent toute communication émotionnelle : c'est le cas des familles dépressives (Morval, 1985). L'absence de résolution des conflits caractérise aussi ces familles psychosomatiques. Elles nient l'existence de quelques problèmes que ce soit, tendent à éviter les différends en se référant à un code éthique très strict et se mobilisent rapidement afin de maintenir un niveau de conflit gérable (Elkaïm, 2003). Leur incapacité à tolérer les différences peut interdire toute possibilité de négociation ou de résolution des désaccords. Les problèmes restent ainsi irrésolus et menacent en permanence de réapparaître. Il peut arriver que des oppositions se manifestent ouvertement, mais les thèmes conflictuels sont dilués par diverses manœuvres (interruptions constantes du discours par un tiers, changements de sujet ou de positions, distractions visant à dissiper les tensions, etc.).

Dans les familles très perturbées, la communication instrumentale est aussi affectée. Ces familles se révèlent incapables de discuter de leurs problèmes de façon efficace; elles posent plus de questions qu'elles n'apportent de réponses, se centrent difficilement sur la tâche à accomplir et manquent de structure dans leur discussion (Morval, 1985). Les thèmes abordés portent surtout

sur la socialisation et le contrôle du comportement ou sur l'interprétation des états internes des membres (Morval, 1985). De plus, dans ce type de familles, il semble plus aisé de parler à certains membres plutôt qu'à d'autres, notamment à ceux qui détiennent le pouvoir aux yeux de la famille. Les messages peuvent également être déplacés et s'adresser à un autre interlocuteur que la personne visée. Les familles perturbées se caractérisent aussi par plus de rigidité dans la séquence : l'ordre des interlocuteurs est souvent le même (Morval, 1985).

En outre, dans les familles perturbées, les individus sont obligés de communiquer, mais ils sont peu désireux de faire part de leurs véritables sentiments ou opinions puisque ça les obligerait à s'impliquer davantage. Ils emploient donc toutes sortes de stratégies pour masquer ceux-ci. Les messages ainsi masqués ont une fonction homéostatique. Dans son livre, Morval (1985) propose de regrouper les **indices de masquage** en quatre catégories soient les stratégies de camouflage (faux messages, anecdotes, euphémismes, messages non verbaux, sarcasmes, disqualification, évaluations négatives), les modifications et déformations (prononciation incorrecte, lapsus, erreurs grammaticales, jeux de mots, rimes), les imprécisions (remarques brèves, termes globaux ou vagues) ainsi que l'inaccessibilité du sens (emploi d'une langue étrangère, termes techniques ou théoriques, idées complexes). Il est à noter que le masquage de la communication ne constitue pas nécessairement un indice pathologique; il peut servir à atténuer des vérités pénibles à accepter ou même à les relativiser. Elles peuvent bien sûr refléter l'anxiété, le conflit ou la désorganisation, mais elles sont parfois nécessaires pour assurer une certaine flexibilité aux interactions (Morval, 1985).

Dans les familles normales, la communication y est relativement claire, elles ont le sens de l'humour, elles s'expriment avec spontanéité et rient sans contrainte. Elles échangent beaucoup d'information et sont capables de coopérer tout en respectant les différences. L'expression des affects y est permise et même valorisée. Les membres s'épaulent mutuellement.

Un minimum de consensus est indispensable pour pouvoir communiquer efficacement; c'est quand ce consensus n'existe pas, ou plus, que la pathologie s'installe. Dans les familles normales, les parents parlent aussi généralement plus que les enfants.

La littérature, quant à elle, fait état de plusieurs manifestations du trouble mental qui ont pour effet de diminuer la capacité d'écoute des parents. En effet, les familles aux prises avec des problématiques de santé mentale éprouvent souvent des difficultés de communication. Les mères dépressives sont plus négatives dans l'expression de leurs émotions que les mères qui ne le sont pas sur le plan clinique. De plus, les conflits parentaux et l'implication de l'enfant dans les conflits sont des facteurs associés au développement de la dépression chez l'enfant. C'est pourquoi mon projet de stage visait l'amélioration de la communication entre les parents et les enfants qui souffrent simultanément d'une problématique de santé mentale.

En ce qui concerne la communication de la famille d'*Élizabeth*, la mère a tendance à aborder le «difficile» en termes intellectualisés alors que le père affirme avoir de la difficulté à mettre des mots sur ses situations ce qui l'amène à se retirer. Dans cette optique, lorsqu'Évelyne fait une «crise», Mme nous dit expliquer point par point. M., quant à lui, peut s'emporter, faire des gestes brusques et monter le ton. Lors de ses situations, il peut y avoir escalade entre M. et sa fille. Il existe aussi un désaccord entre les parents à cet effet. Mme mentionne que M. n'a plus la patience qu'il avait et n'adopte plus les comportements adéquats pour calmer leur fille. Il peut donc s'ensuivre une argumentation entre M. et Mme. La mère nous dit aussi qu'elle exprime peu ses émotions et le père nous dit garder ses émotions pour lui, les accumulent puis il peut exploser. On observe aussi qu'Élizabeth a de la difficulté à mettre des mots sur ses émotions et a plutôt tendance à les agir. Par exemple, Élizabeth se cache lorsqu'elle va moins bien et elle ne répond pas lorsque ses parents la cherchent. Il semble donc difficile pour chacun des membres de la famille de nommer les émotions difficiles.

Pour ce qui est de la famille de *Jérémie*, je remarque que la communication est teintée de non-dits et peut paraître parfois paradoxale. Par exemple, les parents de Jérémie ont tendance à dédramatiser la situation lors de l'expression de la colère ce qui peut expliquer l'amplification des comportements de Jérémie ainsi que ses intérêts pour les «monstres». On peut penser que Jérémie n'a pas appris à mettre des mots sur ses émotions et ses expériences. De plus, il arrive souvent à Jérémie de dire qu'il se sent incompris. Dans ce sens, il semble qu'il ait tendance à agir ses émotions plutôt qu'à parler.

Au niveau de la communication de la famille de *Marianne*, chacun des membres trouve difficile de nommer ses émotions négatives. Dans cette famille, on parle rarement de ce que l'on vit, on préfère éviter les conflits et les affrontements ouverts. Lors de conflit, la négociation est impossible puisque que tout le monde quitte en exprimant peu ou pas ce qu'il vit. Par exemple, Alexandre mentionne quitter la pièce, lors de situations conflictuelles, pour se réfugier dans sa chambre afin d'éviter d'entendre Marianne se plaindre de l'issue du conflit. Marianne, quant à elle, nous dira avoir aussi l'impression de ne plus exister puisque tout le monde quitte la pièce qu'elle a voulu et obtenu après de vigoureux échanges. De son côté, M. peut ressentir de la colère envers sa fille si tel est le cas mais ne l'avoue pas. Suite à ces mêmes situations, Mme dira qu'elle peut elle-même «bouder» et s'isoler. Finalement, lorsque les émotions négatives sont exprimées, elles sont souvent accompagnées d'un sentiment de culpabilité chez les parents puisqu'elles sont associées à l'expression d'une autorité négative et contraignante.

### *La transmission intergénérationnelle*

La transmission intergénérationnelle consiste en l'intérêt pour le passé familial impliquant trois générations. La perspective transgénérationnelle inclut donc la prise en compte de deux axes : l'axe vertical de la filiation qui inscrit le sujet dans une histoire familiale au cœur de générations successives et l'axe horizontal de l'alliance avec le pair ou le ou les partenaires.

Différentes strates sont ainsi à considérer et à intégrer : l'histoire personnelle des enfants et du patient qui fait consulter la famille, mais aussi l'histoire des parents et de la relation qu'ils ont entre eux et enfin, la relation qu'ils ont eu et ont parfois encore avec les pôles de leur famille d'origine. L'hypothèse de la transmission transgénérationnelle peut se résumer ainsi : le symptôme actuellement présenté est généralement en lien avec un questionnement, une difficulté ou une souffrance, restés en attente, demeurés latents et transmis directement ou indirectement selon des formes et des traductions diverses.

L'axe vertical ou de la filiation nous enseigne que la difficulté portée par l'enfant prend sens dans l'histoire familiale de l'un ou des ses deux parents. Soit elle reproduit un schéma à l'identique ou avec quelques variantes soit elle en est l'expression opposée (surtout ne pas répéter ce qui a été vécu difficilement). Le postulat central est donc que les difficultés actuelles présentées sur la scène familiale parents-enfants sont l'expression de questions restées irrésolues pour les parents qui sont reconduites dans le jeu interpersonnel avec les enfants. Ces transmissions peuvent être conscientes, implicites ou inconscientes.

L'axe horizontal ou l'axe du couple fait référence aux difficultés familiales, rattachées à un enfant, qui peuvent reposer sur des tensions qui se situent en fait au niveau du couple. Un parent en difficulté est le plus souvent un conjoint en difficulté ou encore une personne seule qui ne peut s'appuyer sur un autre pôle parental. L'enfant est alors l'enjeu sur lequel se livre une autre bataille, celle du couple. À l'inverse, si le couple va bien, des difficultés peuvent advenir, comme dans tout le système familial, mais elles sont rapidement résolues.

En ce qui a trait à la littérature associée à la transmission intergénérationnelle, elle fait état de facteurs liés aux personnes des générations antérieures et actuelles ainsi qu'à des facteurs environnementaux. Les facteurs liés aux générations antérieures et actuelles font référence à l'histoire personnelle (statut social, maternité, expériences relationnelles dans l'enfance, la

chronicité et la sévérité du diagnostic, l'attitude envers la maladie, l'engagement dans un traitement, la prise de médicaments, l'abus de drogues ainsi que les fréquentes hospitalisations). Pour ce qui est des facteurs davantage environnementaux liés aux générations antérieures ou actuelles, ils sont principalement liés aux ressources financières et matérielles de la famille, à la dynamique familiale, au soutien social et à l'offre de services dans la communauté. En somme, mon projet de stage visait la compréhension de l'impact de la présence d'un trouble de santé mentale dans la famille au niveau de la transmission multigénérationnelle, donc ce que les générations antérieures peuvent apporter comme éclairage sur la dynamique familiale.

Pour ce qui est des facteurs transgénérationnels liés à l'histoire personnelle des individus, deux des mères rencontrées étaient **monoparentales** ce qui, selon la littérature, augmente les risques de développer des problèmes émotionnels et de comportements. Les deux mamans ont souffert d'un épisode de dépression majeure ayant nécessité ou nécessitant encore la prise de médication. Une d'entre elles, a souffert, plus spécifiquement, d'une dépression post-partum. Du côté des **expériences relationnelles vécues durant l'enfance ou à d'autres moments de la vie** des personnes souffrant d'un problème de santé mentale, une des mères avaient été victime de violence conjugale. Une autre avait elle-même une maman qui avait un trouble anxieux et tout comme la littérature, elle mentionne ne pas être certaine de toujours avoir reçu les soins et le soutien qui auraient pu l'outiller pour affronter les différents aléas de la vie. À cet effet, elle justifie plusieurs des comportements qu'elle adopte aujourd'hui en disant que si nous connaissions toute son histoire nous ne nous poserions pas la question à savoir pourquoi elle agit de façon très protectrice envers sa fille ou pourquoi elle veut que sa fille prenne de la médication puisque ses parents ne l'ont amenée consulter que lorsqu'elle était adolescente.

Dans toutes les familles rencontrées, **un des parents avait une problématique de santé mentale et parfois les deux**. Dans une des familles, les deux parents souffraient de dépression,

dans une autre de dépression et d'un trouble bipolaire, dans une autre, la mère souffrait de dépression et dans la dernière la mère était touchée par un trouble anxieux. Aucun des parents rencontrés n'avaient de **comorbidité** ou de troubles de toxicomanie associés. Une des familles se présentait de cette façon, mais jamais il n'a été possible de planifier une rencontre pour débiter le processus d'évaluation et les entrevues téléphoniques effectuées ne suffisaient pas pour établir clairement le profil de cette famille. Tous les parents avaient **reconnu** leur problème de santé mentale sauf un père dont le trouble qui l'affectait semblait valorisé dans le milieu qu'il côtoyait. Ainsi, il nous a dit que sa maladie était contrôlée depuis l'annonce du diagnostic alors qu'il était très jeune et que depuis, il n'avait jamais eu à se soucier de son problème de santé mentale, alors qu'en notre présence, certains de ses comportements nous faisaient plutôt penser qu'il ne prenait pas sa médication adéquatement et qu'il y portait peu d'attention. Tous les autres parents ont été cherchés, à un moment ou à un autre, de l'aide au niveau d'un suivi et la plupart ont eu besoin d'être stabilisé au niveau de la médication. Ainsi, lors des suivis, la **médication** n'est pas ressortie comme un enjeu majeur, c'est-à-dire que les parents qui en avaient besoin ne semblaient pas habités par l'ambivalence de cesser la médication ou la poursuivre. L'ajustement de la médication, lors du diagnostic, semble avoir été plus difficile dans le parcours des familles ainsi que la décision de la cesser et les rechutes. Tout avait été décidé par les professionnels mais les transitions ont été éprouvantes.

De plus, les familles ne nous ont pas fait mention d'**hospitalisations** qui auraient pu marqué l'histoire familiale. À mon avis, les difficultés étaient plutôt liées au type de problématique. Par exemple, chez une famille où les deux parents étaient affectés par la dépression, le manque d'énergie était palpable et un enjeu important dans la thérapie. On peut se demander si ce manque d'énergie n'est pas un effet secondaire de la médication mais il est certainement un symptôme caractéristique des épisodes de dépression majeure. Cependant, je

remarque qu'aucun des parents ne semblent avoir pris conscience de l'effet de leur problématique sur leurs habiletés parentales ou sur leurs enfants. Finalement, je crois que la **capacité d'introspection** faisait le plus défaut chez les familles suivies. Les parents arrivaient tous avec la volonté que leur enfant aille mieux, mais avec la demande, parfois implicite que nous «réparions» leur enfant sans pour autant qu'ils soient impliqués dans le processus thérapeutique ce qui a rendu parfois difficile l'utilisation de l'approche systémique familiale.

Pour ce qui est des facteurs davantage environnementaux liés aux générations antérieures ou actuelles, ils sont principalement liés aux ressources financières et matérielles de la famille, à la dynamique familiale, au soutien social et à l'offre de services dans la communauté. C'est surtout le **manque de disponibilité associé à des difficultés financières** qui augmenterait chez les enfants le risque de développer un trouble intériorisé lorsqu'ils sont exposés à la dépression ou à l'anxiété parentale. En ce qui a trait aux familles rencontrées, aucune d'entre elles ne semblaient aux prises avec une situation financière précaire et ce, malgré les caractéristiques souvent associées au secteur Hochelaga-Maisonneuve.

Tous les enfants rencontrés étaient d'**âge** scolaire et avaient donc entre six et neuf ans. Suite à l'évaluation multidisciplinaire, on peut affirmer que tous les enfants étaient habités d'enjeux liés à la séparation d'avec leurs figures parentales (troubles davantage intériorisés) mais les manifestations associées étaient souvent extériorisées (opposition et agitation). Je remarque que deux des enfants de parents dépressifs avaient un problème lié à l'anxiété de séparation et une autre mère dépressive avait un enfant qui avait un problème d'estime de soi. Pour ce qui est de l'enfant de la mère aux prises avec un trouble anxieux, elle était elle-même habitée de symptômes d'anxiété et d'une certaine fragilité au niveau de son estime d'elle-même. Lors de mon stage, j'ai eu à côtoyer deux filles et deux garçons. Je constate que les **différences entre garçon et fille** lors des suivis étaient plutôt liées à la dynamique familiale, soit aux enjeux

propres à chaque famille. Loin de moi l'idée de négliger les effets du genre sur le type de problématique, mais je crois que la problématique des parents ainsi que les pratiques parentales ont un effet plus important chez l'enfant que le genre. Je ne peux élaborer davantage en ce qui a trait au lien qui peut être fait entre le type de problématique de l'enfant et celui de son parent, mais deux des mères dépressives éprouvaient des difficultés avec des enfants aux prises avec de l'anxiété de séparation (une fille et un garçon) alors que la fille d'une mère ayant un trouble obsessionnel-compulsif était aussi aux prises avec ce type de problème ainsi que des symptômes anxieux.

Je constate aussi que l'âge des enfants peut, en effet, avoir un impact sur la perception de la mère en ce qui a trait à l'exercice de son rôle parental. En ayant elles-mêmes une problématique de santé mentale alors que leurs enfants sont eux aussi aux prises avec des enjeux avec leur propre santé mentale, elles ont tendance à remettre en question leur rôle de mère. À cet effet, une des mères nous a fait part d'avoir l'impression de ne pas avoir été adéquate ainsi que de ne pas avoir offert les conditions maximales à son enfant dans sa jeune enfance. Nous nous sommes rendus compte, lors du suivi, que cette impression était liée à l'histoire familiale, à la construction du monde de la mère.

En ce qui a trait à la **présence d'un réseau de soutien** (conjoint et famille), deux des familles rencontrées étaient nucléaires et deux autres, les mères étaient monoparentales. Dans une des familles, c'est la mère qui était touchée par une problématique de santé mentale et nous sentions le poids des responsabilités qui pesaient sur ses épaules étant donné que le père avait subi un grave accident. Cependant, je ne peux affirmer avec conviction que ce rôle de «pilier», endossé par la mère, n'avait rien à voir avec son trouble anxieux et donc de la fonction adaptative de ce rôle puisque je sentais la mère plutôt fragilisée dans cette position. Dans cette même famille, où les conflits conjugaux étaient présents, j'ai senti un effet sur la santé mentale de

l'enfant. En effet, l'enfant avait souvent des «comportements» ou «symptômes» qui assuraient la présence de ses deux parents près d'elle. Dans une autre famille nucléaire, les deux parents étaient touchés par un problème de santé mentale ce qui limite les conclusions que je peux tirer de cette situation, à savoir si la présence d'un conjoint pouvait jouer un rôle de «protection» lorsque l'autre parent allait moins bien et vice et versa.

Dans les deux autres familles monoparentales, la présence de mésentente entre les ex-conjoints, menait inévitablement à la présence de conflits de loyauté, discutés plus haut. En somme, je remarque que toutes les familles rencontrées étaient refermées sur elle-même. Elles avaient peu de contact avec l'extérieur et peu d'amis qui auraient permis un répit aux parents ou apporté de l'aide à la famille. Souvent elles faisaient état de l'inconfort associé aux comportements de leurs enfants à l'extérieur de la maison (agitation, comportements étranges, pleurs). De plus, elles voulaient éviter les pleurs de leurs enfants, souvent liés au départ des parents. Les familles des familles rencontrées étaient souvent présentes, mais peu impliquées étant donné les craintes des parents par rapport aux réactions de leurs enfants. Je dirais que certaines des réactions des parents leur appartenaient aussi, c'est-à-dire qu'elles peuvent être liées à leur trouble. Par exemple, les parents dépressifs affirment ne pas avoir l'énergie pour sortir de la maison alors que les parents anxieux et inquiets n'encourageaient tout simplement pas les sorties de leurs enfants à l'extérieur ou s'empêchaient de sortir pour éviter la «crise» de leur enfant.

## **ANALYSE**

### *Les frontières*

En ce qui a trait aux frontières, les constats sur le terrain ne nous permettent pas de dire que les mères dépressives rencontrées, dans le cadre de mon stage, sont davantage coercitives et contrôlantes que la mère qui souffre d'un trouble obsessionnel compulsif par exemple. De plus, je

n'ai pas pu comparer les mères dépressives auxquelles j'ai eu accès lors de mes suivis à des mères non dépressives, dites sans problématique de santé mentale. J'apporterais aussi une nuance importante soit que ses mères ne sont souvent simplement pas à l'aise avec leur autorité parentale. En fait, elles ont tendance à vouloir éviter de reproduire ce qu'elles ont connu dans leur propre famille, soit une autorité sévère, par exemple, mais étant donné qu'elles n'ont pas connu autre chose, elles sont maladroitement. Ainsi, je serais davantage en accord avec les données de la littérature qui parlent de mères qui sont moins efficaces et offrent moins de structure car elles sont ambivalentes quant au rôle qu'elles doivent jouer.

La littérature mentionne aussi la difficulté des mères dépressives de s'impliquer dans le processus thérapeutique ou le développement de leurs enfants. Dans ma pratique, je dirais qu'elles veulent s'impliquer dans la mesure où on ne leur reproche pas de ne pas avoir été de «mauvais parents». Bref, elles ne sont pas moins impliquées, mais elles ne sont pas non plus certaines de vouloir assumer une part de responsabilité dans la problématique de santé mentale de leur enfant.

Peu de littérature existe sur l'impact des troubles de santé mentale sur les pratiques parentales des pères. Mon expérience sur le terrain fait état d'une certaine difficulté à inclure les pères dans le processus thérapeutique, et ce, malgré l'approche privilégiée, soit la thérapie familiale systémique. Je remarque que les pères hésitent, j'irais même jusqu'à dire plus que les mères, à reconnaître la présence de symptômes chez leurs enfants. Je ne sais pas si c'est une question de minimisation ou de passivité, mais la demande de services ne provenait jamais d'eux et lors des rencontres bilan, ils se montraient ouverts à la suite mais seulement si on offrait quelque chose à leur enfant au niveau individuel.

Chez les enfants uniques, deux des suivis que j'ai eu, il a beaucoup été question de leur difficulté à coopérer et à prendre leur autonomie. Je me questionne quant à la part qui revient au

fait qu'ils n'ont jamais eu à partager ainsi que le trouble ou les symptômes pour lesquels ils consultaient. En effet, les symptômes avaient un lien avec les dynamiques familiales pas seulement au fait qu'ils étaient des enfants uniques. De plus, lors de l'utilisation de l'outil FAST, les enjeux liés au partage de l'attention de la mère entre l'arrivée d'un nouveau frère et/ou d'une sœur et/ou d'un nouveau conjoint ont pu être mis en évidence.

En somme, je suis d'accord avec ce que la littérature mentionne en ce qui a trait à l'oscillation des pratiques parentales entre la surprotection et une trop grande permissivité ce qui engendre de la confusion chez les enfants. L'inconstance des pratiques parentales, surtout au niveau des frontières, s'est caractérisée sur la planche de jeu du FAST par une soif de pouvoir des enfants (blocs sous leur figurine). En effet j'ai pu remarquer qu'ils veulent participer aux prises de décision ou agir comme agent protecteur contre l'intrusion de d'autres personnes dans la vie de leurs parents (se mettent à proximité de leurs parents et éloignent tous les autres). Ces situations donnent souvent lieu à des inversions de rôle. Cette inconsistance s'illustre aussi lorsque la discipline diffère trop d'une maison à l'autre, soit lorsque les parents sont séparés ou lorsque les parents ne s'entendent pas sur les méthodes à employer et ce, devant l'enfant qui ne sait plus où donner de la tête. Pourtant, malgré les constats fait sur le terrain, il demeure impossible d'attribuer ce manque de constance à un trouble de santé mentale spécifique chez le parent.

### *La différenciation de soi*

En ce qui a trait au concept de différenciation de soi, le stage me permet d'affirmer, tout comme la littérature, que les parents qui souffrent de problèmes de santé mentale (surtout les troubles anxieux) sont aussi moins susceptibles d'encourager l'autonomie psychologique de leurs enfants. Effectivement, une des mères anxieuses hésite à ce que sa fille (*Élizabeth*) participe à des activités ou ne peut s'empêcher de penser que c'est dangereux. Pour cette famille, j'aborde

dans le sens de la littérature en affirmant même que les parents aux prises avec un problème de santé mentale sont moins capables de fournir à leurs enfants le soutien nécessaire pour qu'ils développent leur conscience identitaire, apprennent à gérer leurs émotions et à résoudre des problèmes étant donné leurs inquiétudes et la protection qu'ils instaurent autour de leurs enfants.

Il m'est permis de faire les mêmes constats nuancés, cette fois, en ce qui a trait aux mères dépressives. En effet, un suivi mère-fils (*Renaud*) ne m'a pas permis de faire état de difficultés particulières lors de réalisation d'activités à l'extérieur de la maison. Un autre suivi mère-fils (*Jérémie*) fait état de la volonté de la mère que son fils arrive à effectuer des activités qui ne nécessitent pas sa présence. Cependant, l'importante réactivité de Jérémie associée à la perte rappelle le profil d'enfants ayant vécu difficilement certaines périodes liées au sevrage ou à la séparation et nous permet d'affirmer que le changement désiré par la mère ne s'effectuera pas rapidement ni sans heurts.

Une autre maman, qui souffrait d'une dépression majeure, est toujours inquiète lorsque sa fille (*Marianne*) quitte la maison ce qui fait qu'elle n'encourage pas sa fille à participer à des activités ou le permet mais ne peut s'empêcher de verbaliser ses inquiétudes qui font douter le choix pris par Marianne. Le père, aussi dépressif dans cette famille, a tendance à la protéger mais je ne pourrais dire si c'est le propre d'une relation père-fille normale ou que cette surprotection est liée au problème de santé mentale du père. En effet, M. dit ne pas avoir l'énergie pour faire respecter ses décisions à sa fille, mais il l'encourage à être plus sûre d'elle. En bref, je suis plutôt d'accord avec la littérature qui mentionne que la dépression diminuerait la capacité des parents à bien guider leurs enfants dans leur processus de développement. Quant au père aux prises avec un trouble bipolaire, il mentionne qu'il favorise l'indépendance de son fils. À cet effet, il dit qu'il agit à titre d'ami plutôt qu'à titre de père, mais déplore aussi la trop grande maturité de son fils en disant qu'il veut que son fils demeure un enfant ce qui s'avère paradoxal et inconsistant.

La littérature fait aussi mention de la difficulté pour les parents de différencier leurs propres besoins de ceux de leurs enfants. Ce que je retire de ma pratique sur le terrain est plutôt le concept de projection de la part des parents soit le fait de confondre leurs propres inquiétudes versus celles qui appartiennent à leurs enfants. À cet effet, ce qui me surprend est l'étonnement des parents de voir leurs enfants inquiets par exemple après leur avoir fait part de leurs doutes et inquiétudes. Ainsi, une mère qui a souffert d'une dépression post-partum, nous mentionne qu'à la naissance de son fils il la calmait, qu'elle ne serait plus là s'il n'avait pas été là et que juste elle arrivait à le consoler. Cependant, maintenant, elle a de la difficulté à comprendre pourquoi son fils (Jérémie) ne veut plus la quitter, ne veut pas se faire garder ou ne peut s'amuser seul. Je constate qu'à la naissance de Jérémie, Mme éprouvait certainement, étant donné son trouble, une certaine difficulté à différencier ses besoins de ceux de son fils qui maintenant fait des colères pour se «distancer» de sa mère et comme moyen d'expression afin qu'il se sente davantage en contrôle et moins menacé.

De plus, les attitudes de retrait en raison des troubles mentaux des parents privent les enfants d'activités sociales formatrices. Effectivement, lors de mon stage, tous les parents font état de leur difficulté à sortir de la maison que ce soit parce que leurs enfants n'aiment pas se faire garder ou parce qu'ils disent préférer ne pas sortir. Dans ces situations, toutes sortes de raisons sont évoquées allant des comportements inappropriés de leurs enfants qui peuvent parfois être honteux pour les parents, aux personnes qui ne peuvent pas bien s'occuper de leurs enfants et le non intérêt des parents de sortir de la maison. Quoiqu'il en soit, ces attitudes de retrait des parents ainsi que la limitation de leurs déplacements et activités d'exploration rendent les enfants eux-mêmes anxieux face au monde extérieur et de ce qui pourraient leur arriver à l'extérieur de la maison. Ainsi, la constance dans l'interaction parent-enfant favorise le développement affectif des enfants, mais ce n'est pas toujours le cas lorsqu'il y a présence d'un trouble mental.

L'inconsistance des pratiques de parents souffrant d'un problème de santé mentale a donc aussi un effet sur le processus de différenciation de soi.

L'utilisation de l'outil FAST n'a pas permis de déceler avec précision l'état du processus de différenciation des enfants. Cependant, de par le positionnement et le regard des figurines sur la planche de jeu, il a été possible de déceler les difficultés des enfants de se distancer de leurs parents même lors de situations conflictuelles par exemple. Les situations illustrées n'étant pas dynamiques ou animées mais figées à un moment précis, il a été difficile de voir les angoisses qui auraient pu s'afficher si la mère avait déplacé sa figurine par exemple. Le suivi a plutôt permis de démontrer la difficulté de certains enfants rencontrés de jouer seuls, de quitter la maison pour côtoyer des amis de leur âge et de façon plus importante de confondre leur rôle avec celui d'un parent (leur identité avec celle d'un parent). Dans cet ordre d'idées, dans le cadre de mon projet, les concepts de différenciation de soi et de frontières auraient pu être traités ensemble puisque je crois que les difficultés dans le processus de différenciation de soi, soit au niveau des frontières individuelles, sont une conséquence de frontières diffuses au niveau des sous-systèmes familiaux.

En somme, je conclus pour ce concept et pour celui des frontières, qu'il est difficile de dire qu'est-ce qui revient au trouble de l'enfant, du parent ou des pratiques parentales. En effet, je ne peux affirmer avec certitude, par exemple, que les attitudes de retrait des parents souffrant d'un problème de santé mentale ont un effet sur le processus de différenciation de soi sans me questionner sur l'effet du trouble de l'enfant aussi, ainsi que sur les pratiques parentales qui caractérisent un parent qui ne souffre d'aucune problématique. Par exemple, je ne peux affirmer que les difficultés d'Élizabeth de se séparer de sa mère, sont dues exclusivement à son traumatisme sans prendre en considération le trouble obsessionnel-compulsif de la mère et ses attitudes de surprotection (pratiques parentales). Cependant, je peux affirmer hors de tout doute que le processus de différenciation de soi d'Élizabeth a été affecté.

### *Les triangles et le conflit de loyauté*

Lors de mon projet de stage, j'ai effectivement constaté la présence de triangles non fonctionnels mais je ne sais pas s'ils sont la particularité de familles dont le parent ET l'enfant souffrent simultanément d'un problème de santé mentale. J'avancerais même mon analyse au point de dire que les familles ne se différencient pas des autres familles problématiques qui consultent en ce qui a trait au conflit de loyauté et aux triangles. En effet, en ce qui a trait au conflit de loyauté, je croyais que la problématique de santé mentale du parent aurait pu jouer un rôle, mais rien, lors de mon stage, ne me permet de tirer ce genre de conclusion. Le conflit de loyauté, concernait toujours la place de l'enfant, aux prises avec des symptômes, entre ses deux parents et le fait de ne pas arriver à se sentir bien près ou loin d'un de ses parents étant donné ce que véhicule les parents comme message. Dans une famille, j'ai eu l'impression que les symptômes d'*Élizabeth* lui permettait d'être comme sa mère qui souffrait d'un problème de santé mentale et donc d'être différente de son père. À certains moments, j'ai aussi senti que cette différence pouvait affecter Élizabeth dans son rapport avec son père et ainsi entrer en conflit avec sa façon d'être près ou loin de ses deux parents.

Dans la famille de *Marianne*, j'ai aussi remarqué que les problèmes de santé mentale de trois des quatre membres leur assuraient un certain équilibre. En effet, le seul membre de la famille qui n'était pas touché par une problématique était l'enfant adopté. Je ne suis pas en mesure de tirer aucune conclusion de cette constatation, mais j'ai parfois l'impression que les symptômes de Marianne lui permettaient d'être comme ses parents alors qu'à d'autres occasions, ses symptômes agissaient comme un irritant familial qui la mettaient à l'écart.

En somme, l'utilisation de l'outil FAST a permis de dévoiler les triangles, parfois par le positionnement et le regard des figurines mais surtout lorsque les familles racontaient les

scénarios associés aux trois situations (actuelles, conflictuelles et idéales) et faisaient bouger les figurines. Les conflits de loyauté ont pu aussi ressortir.

### *La communication familiale*

En ce qui a trait à la communication affective, je constate qu'elle est déficiente dans les familles de Marianne et d'Élizabeth. En effet, on remarque que la famille de **Marianne** a de la difficulté avec l'expression de ses affects négatifs alors que nous pouvons sentir, lors du suivi, une certaine «hostilité» à l'endroit de Marianne (patiente-désignée). Nous la remarquons par des commentaires de la part des membres de la famille comme nous sommes fatigués et épuisés des comportements de Marianne ou nous voulons qu'elle développe sa maturité ou c'est une petite fille qui prend beaucoup de place. La famille d'**Élizabeth**, quant à elle, exprime plutôt ses affects en termes intellectualisés. Ainsi donc, étant donné que, dans ces deux familles, les affects ne sont pas exprimés, on peut donc qualifier leur communication d'instrumentale.

La littérature mentionne que les familles perturbées se caractérisent par un manque de structure dans les communications et par plus de rigidité dans la séquence. À cet effet, l'ordre des interlocuteurs est souvent le même. J'ai pu constater cette rigidité dans la famille d'**Élizabeth**. C'était presque exclusivement Mme qui s'exprimait en premier et il nous fallait par la suite solliciter les autres membres pour obtenir leur opinion. Lors d'un suivi mère-fils de **Jérémie**, nous avons remarqué que Mme demandait toujours à Jérémie ce qu'il en pensait d'abord avant de s'exprimer elle-même. Cette sollicitation était souvent infructueuse puisque c'est Mme qui finissait par s'exprimer en premier. En bref, Jérémie s'exprimait rarement lorsqu'il était sollicité, comme si c'était trop de pression pour lui.

En ce qui a trait au manque de structure, c'est ressorti lors de l'utilisation de l'outil FAST. À plusieurs moments, et ce, avec plusieurs familles, les personnes s'exprimaient à n'importe quel moment. Pourtant, l'outil avait bien quelques règles à respecter dont le fait que chacun des

membres s'exprimaient, à tour de rôle, sur la situation demandée. Par la suite, les autres membres étaient invités à s'exprimer sur la situation présentée. Cependant, dans toutes les familles, les membres ne pouvaient s'empêcher de mentionner quelque chose parfois même en soulignant qu'ils le faisaient consciemment. De plus, les enfants se permettaient souvent de jouer ou de modifier les situations illustrées par les parents et personne ne se souciait de les rappeler à l'ordre ou les parents le faisaient sans succès. Néanmoins, je ne peux affirmer si cette situation était due à une surcharge émotionnelle incapable d'être contenue ou davantage à un manque de structure dans la communication.

Le manque de clarté dans la communication, quant à lui, peut affecter le développement cognitif et affectif des individus et contribuer à l'établissement de relations difficiles à l'intérieur de la famille. La communication se doit d'être cohérente à travers le temps ou selon les membres de la famille ainsi que congruente entre le verbal et le non verbal et non paradoxale. On le remarque chez plusieurs familles qui, par exemple, ne sont pas à l'aise avec leur rôle d'autorité donc elles envoient des messages contradictoires. Dans la famille de *Marianne*, par exemple, Mme semble endosser plusieurs des décisions mais hésite à aller au bout de sa démarche car elle veut éviter d'exercer une autorité sévère. Dans d'autres familles, les parents ne sont pas d'accord dans la façon de gérer les symptômes de leur enfant. À cet effet, dans la famille d'*Élizabeth*, Mme est convaincue que M. a une part de responsabilité dans les comportements et symptômes d'Élizabeth alors que M. croit parfois qu'Élizabeth cherche à questionner son autorité et provoquer des réactions chez lui. Pour ce qui est des familles de *Jérémie* et de *Renaud*, étant donné que les parents sont séparés, il existe une certaine confusion entre les pratiques parentales exercées chez un parent et chez l'autre.

De plus, des incongruences entre des messages verbaux et non verbaux ont pu être observés lors des suivis. Par exemple, la maman de *Jérémie* mentionne qu'elle lui donne des

choix mais qu'elle n'a pas l'impression d'aider Jérémie puisqu'il semble trouver difficile de prendre une décision. En investiguant davantage, je découvre que les choix étaient plutôt des «non choix» parce qu'ils étaient accompagnés d'une phrase comme «ce choix ne va pas te plaire» ou «tu vas t'ennuyer». De plus, lorsque Jérémie parlait de son père, Mme nous disait que ça ne lui dérangeait pas d'entendre son fils chanter les louanges de son père alors que dans son non-verbal elle avait les bras croisés et les lèvres pincées.

Plusieurs des familles rencontrées présentaient des indices de masquage dans leur communication familiale. Les stratégies de camouflage étaient souvent utilisées comme c'est le cas de la disqualification de M. dans la famille d'*Élizabeth* ou les euphémismes de la maman de *Jérémie* employés pour minimiser ce qui était éprouvé par ce dernier. Les imprécisions étaient parfois employées par les mères de Jérémie, d'*Élizabeth* et de *Renaud*. À cet effet, les mères usaient de mots vagues en ce qui a trait à leur propre famille ou à des événements de leur vie afin de préserver, selon elles, leurs enfants alors qu'il s'avérait que les enfants étaient souvent au courant de ce qui c'était déroulé. Finalement, la mère d'*Élizabeth* avait tendance à utiliser l'inaccessibilité du sens avec le père comme pour créer une alliance et une proximité avec les intervenantes et disqualifier le père à nos yeux.

### *La transmission intergénérationnelle*

En ce qui a trait à la transmission intergénérationnelle, l'utilisation de l'outil FAST n'a pas permis d'en faire ressortir les enjeux principaux. Cependant, la thérapie familiale systémique prend en considération ces informations et il m'a été possible d'en faire ressortir les éléments principaux dont il a été question un peu plus haut. De plus, le génogramme n'ayant pas été utilisé par manque de temps lors de mes suivis, une analyse plus approfondie des éléments de la transmission intergénérationnelle n'a pas été possible. Néanmoins, je peux affirmer, tout comme la littérature en fait mention, que le type de famille, les expériences relationnelles vécues durant

l'enfance, la présence de problème de santé mentale dans la famille élargie, la reconnaissance de la problématique, le réseau de soutien ainsi que la capacité d'introspection sont des informations qu'il est possible de recueillir lors des suivis et qui ont eu tendance à se perpétuer de génération en génération avec les familles rencontrées. Par exemple, le père qui souffrait d'un trouble bipolaire (Jérémie), nous a mentionné que sa mère souffrait elle-même d'un trouble bipolaire et qu'elle, tout comme lui, n'a pas mis beaucoup d'importance dans le suivi ainsi que la stabilisation de la médication. La présence d'un réseau de soutien prend aussi toute son importance dans les familles dont un parent ET un enfant souffrent simultanément d'un problème de santé mentale. En effet, toutes les familles m'ont fait part de leur difficulté de sortir de la maison, que ce soit parce qu'ils disent préférer y demeurer ou parce qu'ils mentionnent qu'il est difficile de faire garder leurs enfants étant donné leurs comportements difficiles. Plusieurs des familles rencontrées mentionnent que leur condition ou celle de leur enfant les a souvent isolé du reste du monde, parfois même de leur propre famille. Une certaine honte accompagne les comportements de leurs enfants. Ils se sentent parfois coupables de ne pas être en mesure de contenir leurs propres enfants et honteux du regard des autres sur eux. Parfois, ils parlent de vouloir éviter les «crises», d'avoir lâcher-prise et de ne plus avoir l'énergie qui accompagne leur départ de la maison.

La comorbidité, la médication, les hospitalisations, le manque de disponibilité lié à des difficultés financières ainsi que l'âge des enfants rencontrés n'ont pas démontrés d'effet particulier car ces conditions n'étaient pas présentes chez les familles que j'ai rencontrées. Par exemple, aucun des parents ne souffraient d'une problématique de santé mentale associée à un problème de toxicomanie ou n'a été hospitalisés à un moment ou à un autre.

En résumé, les frontières, le processus de différenciation de soi, les triangles et les conflits de loyauté, la communication familiale ainsi que la transmission intergénérationnelle sont des

concepts qui sont primordiaux à regarder lorsque l'on suit des familles dont un parent ET un enfant sont aux prises simultanément avec un problème de santé mentale. En effet, plusieurs de ces concepts nous informent sur ce qui peut expliquer la présence ou le développement du problème chez l'enfant ou le maintien des symptômes chez les parents selon la perspective de la thérapie familiale systémique.

## CONCLUSION

En guise de conclusion je vais présenter une synthèse de l'analyse des lignes qui ont précédé. Ensuite, je vais mentionner les questionnements qui demeurent suite à la réalisation de mon projet de stage. Finalement, je terminerai avec quelques recommandations en ce qui a trait à la thérapie familiale systémique.

## SYNTHÈSE DE L'ANALYSE

Tout d'abord, en ce qui a trait aux **frontières**, mon projet de stage ne m'a pas permis de déterminer si les frontières dans les familles dont un parent ET un enfant souffrent simultanément d'un problème de santé mentale sont davantage enchevêtrées ou désengagées. Les constats tirés de mon stage tendent cependant dans le sens de frontières inconsistantes, oscillant entre le surprotection, le contrôle ainsi qu'une trop grande permissivité. Ce contexte disciplinaire incohérent a engendré chez les enfants rencontrés une certaine confusion qui prenait parfois la forme d'inversions de rôles par exemple. Dans certaines familles, les frontières n'étaient que désengagées ou seulement enchevêtrées, mais il m'est impossible de faire une association entre frontières désengagées et trouble dépressif par exemple. L'utilisation de l'outil FAST m'a définitivement permis d'observer les particularités des frontières des familles rencontrées lors de mes suivis, de m'y attarder et de garder ces constats en tête pour la suite des rencontres.

Le fait de ne pas avoir été en mesure d'affirmer hors de tout doute quels types de frontières caractérisent les familles dont un parent ET un enfant souffrent simultanément d'un

problème de santé mentale ne veut pas dire que le concept choisi, en lien avec la thérapie familiale systémique, n'est pas pertinent. En effet, je crois que les difficultés familiales et plus particulièrement les symptômes des enfants rencontrés dans le cadre de mon stage, avaient quelque chose à voir avec des frontières diffuses ou trop rigides et je crois que la thérapie familiale systémique est pertinente pour aider à clarifier, définir et «flexibiliser» celles-ci. À cet effet, l'entretien de type familial, faite dans le cadre d'une approche systémique, est approprié dans l'établissement et le respect de frontières auprès d'un parent ET d'un enfant souffrant simultanément d'un problème de santé mentale. Cependant, il m'est impossible de dire avec certitude si les frontières diffuses ou rigides sont le propres des familles dont un parent et un enfant souffrent simultanément d'un problème de santé mentale.

Pour ce qui est du **processus de différenciation de soi**, ma pratique sur le terrain m'a effectivement permis de constater que les parents qui souffrent d'une problématique de santé mentale, particulièrement en ce qui a trait aux troubles anxieux et dépressifs, sont moins susceptibles d'encourager l'autonomie psychologique de leurs enfants. Cependant, l'utilisation de l'outil FAST ne m'a pas nécessairement permis d'observer des difficultés au niveau du processus de différenciation de soi. Néanmoins, l'observation continue des faits, gestes et paroles de chacun des membres de la famille, lors de la passation de l'outil, a clairement permis de déceler les attitudes de retrait, la difficulté de guider les enfants dans l'exploration de leur environnement ainsi que les besoins parfois confondus entre parents et enfants qui sont des indicateurs que le processus de différenciation a pu être affecté. Tout comme les frontières, ces constats m'ont permis de révéler les enjeux qui allaient faire partie intégrante de toute la durée de mon suivi auprès des familles.

De plus, au même titre que les frontières, je crois que les difficultés familiales et plus particulièrement les symptômes des enfants rencontrés dans le cas de mon stage, avaient quelque

chose à voir avec un processus de différenciation défaillant et je crois que la thérapie familiale systémique est pertinente pour aider à permettre à ce dernier d'avoir lieu sainement. À cet effet, l'entretien de type familial, faite dans le cadre d'une approche systémique, est aussi approprié en ce qui a trait au fait de permettre à l'enfant de développer sa propre identité et faire ses propres choix dans une famille dont un parent ET un enfant souffrent simultanément d'un problème de santé mentale. Néanmoins, tout comme les frontières, les conclusions que je tire de la réalisation de mon projet ne signifient pas que les difficultés associées au processus de différenciation de soi des enfants dans les familles dont le parent ET l'enfant souffrent d'un problème de santé mentale sont exclusives à ces dernières.

Mon projet visait aussi l'identification des conflits de loyauté et la caractérisation des triangles dans les familles dont le parent ET l'enfant souffrent simultanément d'un problème de santé mentale. Plus particulièrement, il s'est avéré que les coalitions caractérisaient ces familles et pouvaient expliquer la présence ou le maintien des symptômes chez l'enfant. En effet, dans le cadre de mon stage, la triangulation faisait partie des dynamiques familiales. Cependant, je ne peux affirmer qu'elle est le propre des familles dont un parent ET un enfant souffrent d'un problème de santé mentale. La coalition parent-enfant, le détournement par la surprotection ainsi que le détournement par l'attaque sont des triangles qui ont été observés chez le type de famille visé par mon projet de stage et je crois qu'ils peuvent expliquer la présence et le maintien de symptômes chez les enfants rencontrés. L'utilisation de l'outil FAST a permis de déceler les triangles. Toutefois, ils n'ont pas nécessairement été abordés sur le champ. Finalement, les conflits de loyauté ont été rencontrés dans les familles dont le parent ET l'enfant souffraient simultanément d'un problème de santé mentale. Leur constatation a été rendu possible grâce, entre autres, à l'utilisation de l'outil FAST.

À la lumière de ces informations, on peut dire que l'entretien de type familial, fait dans le cadre d'une approche systémique, est approprié pour identifier les triangles et les conflits de loyauté dans les familles où un parent ET un enfant souffrent simultanément d'un problème de santé mentale. La caractérisation de ces triangles peut permettre d'expliquer les symptômes de l'enfant et ainsi devenir un objectif d'intervention. Cependant, il m'est impossible de dire avec certitude si les différents types de triangles sont le propre des familles dont un parent et un enfant souffrent simultanément d'un problème de santé mentale.

De plus, l'amélioration de la **communication familiale** était un objectif de mon projet d'intervention étant donné que les familles aux prises avec un problème de santé mentale semblent être incapable d'exprimer des sentiments positifs, de la colère ou de la tristesse ou inhibent toute communication émotionnelle. En effet, lors de mes suivis, j'ai pu constater que ces familles se révèlent aussi incapables de discuter de leurs problèmes de façon efficace, elles se centrent difficilement sur la tâche à accomplir, elles manquent de structuration dans la communication et elles sont plus rigides dans les séquences de celle-ci. De plus, le manque de clarté leur communication affecte le développement cognitif et affectif des individus et contribue à l'établissement de relations difficiles à l'intérieur de familles aux prises avec un problème de santé mentale. Tel que mentionné plus haut, des indices de masquage peuvent aussi caractériser ce type de famille. L'utilisation de l'outil FAST m'a permis de déceler ces indices de masquage et d'établir des pistes d'intervention ou de décrire le type de communication familiale (instrumentale et affective).

Tout comme les autres concepts plus haut, il m'est impossible, avec le nombre de familles rencontrées ainsi que l'absence de famille où seul un parent ou un enfant aurait souffert d'un problème de santé mentale, d'affirmer que les particularités de la communication familiale ne concernent que les familles dont le parent ET l'enfant souffrent simultanément d'un problème de

santé mentale. Néanmoins, je crois que les difficultés familiales et plus particulièrement les symptômes des enfants rencontrés dans le cadre de mon stage, avaient quelque chose à voir avec des difficultés au niveau de la communication familiale et je crois que la thérapie familiale systémique est pertinente pour aider à permettre l'amélioration de celle-ci. À cet effet, l'entretien de type familial, faite dans le cadre d'une approche systémique, est approprié en ce qui a trait à l'amélioration de la communication familiale dans une famille dont un parent ET un enfant souffrent simultanément d'un problème de santé mentale.

En ce qui a trait à la **transmission intergénérationnelle**, mon projet de stage visait la compréhension de l'impact de la présence d'un trouble de santé mentale dans la famille qui consulte. Tout comme Bowen, j'ai tendance à croire que la maladie mentale pourrait apparaître à la troisième génération comme une conséquence des perturbations familiales intergénérationnelles répétées et cumulées. Dans cet ordre d'idées, si deux générations présentent des modes relationnels immatures et des dysfonctionnements, à la troisième génération, l'un des enfants risque de développer une maladie.

L'utilisation de l'outil FAST ne m'a pas permis de dévoiler les enjeux intergénérationnels de la présence d'une problématique de santé mentale chez le parent ou l'enfant rencontré. Lors du processus d'évaluation, une partie de l'entrevue est prévue pour parler des antécédents familiaux, mais sans plus. À quelques reprises, certains des enfants et/ou des parents disposaient, sur la planche de jeu, un membre de leur famille élargie. Cependant, l'outil FAST n'a jamais permis d'aborder plus spécifiquement la compréhension de l'impact des générations antérieures sur les problématiques actuelles. Je reconnais l'importance, tout comme la littérature en fait mention, de la transmission intergénérationnelle, mais mon projet ne m'a permis de m'y attarder. De plus, je crois que la thérapie familiale systémique se prête extrêmement bien à l'utilisation d'outil tel que le génogramme et je regrette de ne l'avoir utilisé que de façon embryonnaire (lors de mes

supervisions par exemple) puisque je crois qu'il aurait avantage à être exploité comme un outil thérapeutique dans de futures recherches. Néanmoins, sans m'y être attardé, je peux dire que les générations antérieures faisaient partie de ma compréhension globale de la situation familiale des familles rencontrées. Je conclus donc que l'entretien de type familial, fait dans le cadre d'une approche systémique, est approprié pour faire ressortir les enjeux liés à la transmission transgénérationnelle dans une famille dont un parent ET un enfant souffrent simultanément d'un problème de santé mentale. Cependant, pour utiliser ces enjeux en intervention, une attention particulière doit y être accordée et peut être possible grâce à l'utilisation d'outil tel que le génogramme.

En somme en réponse à la question de départ, j'en viens à dire que l'entretien de type familial, en contexte de CLSC avec une clientèle volontaire, faite dans le cadre d'une approche systémique, est approprié auprès d'un parent ET d'un enfant souffrant simultanément d'un problème de santé mentale. Néanmoins, malgré ce constat, quelques questionnements demeurent tels que : qu'est-ce que le réseau offre véritablement à ces familles multi-problématiques ? Que fait-on des familles dites «résistantes» ? Et la thérapie familiale est pertinente mais jusqu'où et à quelles conditions ?

## **QUESTIONNEMENTS**

En ce qui a trait aux familles multi-problématiques, les travailleurs sociaux ne sont pas souvent confrontés à un seul symptôme, mais à une série, qui peuvent être attribués à une ou plusieurs personnes. Les familles multiassistées (Amiguet et Julien, 1996) par exemple ont bien souvent une série de problèmes dont la liste paraît sans fin (difficultés scolaires, difficultés de comportements dans la rue, violence, alcoolisme, conflits dans le couple, difficultés financières, fugue, maladies). À ces multiples symptômes correspondent souvent de multiples intervenants et il y a un travail important de construction à réaliser pour que ces symptômes soient reliés et la

collaboration entre intervenants multiples est une solution raisonnable. À cet effet, il faut passer d'une vision des symptômes à la construction d'un problème qui les relie et éviter de lâcher prise en disant que «je ne peux traiter ce problème si un autre n'est pas traité antérieurement et je ne suis donc pas le professionnel qui convient dans cette situation». Mon stage m'a donc appris qu'il existe encore très peu de services que l'on dit intégrés, c'est-à-dire qui ne fonctionnent pas en silo. L'équipe SMJ du CLSC Hochelaga-Maisonneuve offre une belle alternative aux traitements individuels en offrant la possibilité d'une thérapie familiale, mais on demande aussi aux parents d'être stabilisé au niveau de leur santé mentale et il y a très peu de contact entre l'équipe traitante des parents et celle qui fait l'offre de services aux enfants. Est-ce véritablement là faire une offre de service intégrée ?

Outre le fait que ces familles sont souvent aux prises avec plusieurs problématiques, elles offrent souvent une certaine «résistance» au processus thérapeutique. Cette résistance est en fait un moyen développé par la famille pour se défendre contre l'anxiété face à l'exploration de conflits intrapsychiques (Villeneuve, Bourgeois, Martin, Paquette, Savoie et Bélanger, 2007). Dans la perspective systémique, la résistance a aussi une composante liée au système thérapeutique car elle contient un message au sujet de la relation thérapeute-famille.

Ainsi, dès le premier contact, des efforts particuliers doivent être déployés pour rejoindre ces familles alors que souvent, sous le prétexte que les familles ne sont pas volontaires, le réseau ferme les épisodes de services. Je sais que les différents types de services ont souvent des listes d'attente à gérer et des quotas de patients à respecter, mais ces mêmes familles ne vont pas se sentir mieux d'elles-mêmes et elles se retrouveront de nouveau, et ce, tôt ou tard, dans le même service ou un autre, parfois dans une pire état qu'elles l'auraient été lors de l'offre d'un premier épisode de services. De plus, une attention à certains détails serait simplement nécessaire pour permettre à ses familles de s'engager dans une démarche thérapeutique.

Dans cet ordre d'idées, par exemple, lorsque la famille refuse de se présenter au premier entretien, nous devons aller au-delà des procédures habituelles et aider la personne qui fait la demande à convaincre les autres membres de la famille de s'y présenter. Des visites à domicile pour rencontrer les membres récalcitrants constituent même une possibilité envisageable. De plus, un grand soin doit être accordé au fait de s'assurer de la présence des deux parents lorsque la famille est intacte. Le thérapeute doit aussi utiliser ses aptitudes relationnelles et être capable de tolérer le refus, une situation récurrente avec ces familles. Il ne doit pas non plus s'attendre à des changements rapides et drastiques. Le thérapeute se doit parfois d'être très structurant en mettant en place un cadre permettant de contrôler les comportements perturbateurs. Avec certaines familles qui vivent de l'instabilité, ce cadre est sécurisant. En somme, avec ces familles, il ne faut pas avoir peur d'utiliser d'autres stratégies, re-questionner la demande d'aide ou redéfinir le cadre et ses limites. De plus, le fait de répondre temporairement à leur demande peut permettre de préserver la perspective systémique et le but commun sans que ce membre soit référé à un autre thérapeute. Cette créativité permet parfois de neutraliser la résistance des familles, de favoriser la participation des autres membres et de soulager le clinicien.

En somme, cette résistance ralentit parfois le processus thérapeutique et s'inscrit difficilement dans un contexte institutionnel souvent dirigé par l'efficacité et la productivité. Pourtant, le travail thérapeutique est un travail ardu et parfois de longue haleine dont l'efficacité doit être objectivée. L'équipe avec laquelle j'ai fait mon stage n'a pas encore cédé à la pression l'obligeant presque à privilégier une approche d'intervention de plus courte durée. Cependant, lors de mon départ, une restructuration majeure avait lieu dont je ne connais pas l'issue à court, moyen et long terme. En permettant la thérapie familiale, l'équipe SMJ offre la possibilité de prendre le temps d'établir une alliance thérapeutique nécessaire à la démarche, mais on ne met pas toutes les chances de notre côté pour rejoindre le plus de familles possibles étant donné le

contexte institutionnel. On ferme les dossiers rapidement et on passe au dossier suivant. Je crois qu'au-delà du volontariat, il y a une réelle souffrance qui mérite que les détails mentionnés un peu plus haut soient pris en considération avant de fermer l'épisode de service. Ma question demeure donc : que fait-on des familles qui font une demande mais qui sont difficiles à amener dans nos bureaux ?

L'intervention auprès des gens qui souffrent de troubles de la personnalité me questionne aussi. En effet, ces constatations sont le reflet de la littérature qui mentionne que la présence de symptômes de l'Axe 1 du DSM-IV (dépression, anxiété) ne prédit pas nécessairement une difficulté d'alliance. Cependant, la dépression parentale peut faire obstacle au progrès thérapeutique. En effet, les parents en détresse psychologique sont plus sur la défensive, plus réservés et préoccupés (Gladstone et Beardslee, 2002; Diamond et coll., 2003). Par contre, il en est tout autrement pour les troubles de l'Axe 2, en particulier avec les troubles narcissiques ou limites (Villeneuve et coll., 2007). À cet effet, un seul membre des familles que je devais rencontrer était aux prises avec un trouble de la personnalité et je n'ai pas été en mesure d'entamer le processus thérapeutique. Je crois que par leur structure de personnalité, constamment en dualité, il est difficile de les impliquer dans une démarche de suivi voire même de les rejoindre pour effectuer le processus d'évaluation. De plus, parfois considéré comme très immature affectivement, il peut leur être difficile de prendre en considération les autres. À cet effet, leur demande de services concerne souvent leur entourage alors que la thérapie familiale nécessite un travail sur les difficultés relationnelles ayant lieu au sein de leur famille. On remarque aussi une certaine difficulté d'introspection ce qui ne favorise pas la prise en considération de leur implication dans la problématique familiale.

Pour pallier aux «lacunes» de ce type de personnalité, il est important d'utiliser un cadre très structurant afin de contrôler leurs agirs, d'employer des techniques de prise de distance,

d'impliquer un proche ainsi que de mettre l'accent sur les malaises familiaux plutôt que la dynamique instaurée par les individus souffrant d'un trouble de la personnalité. Toutes ces raisons m'amènent à être d'accord avec certaines théories qui stipulent que les thérapeutes devraient jouer un rôle de médiateur contre l'influence parfois «destructrice» de la famille (Goldstein, 2007; Beecher, 2009). En effet, certains praticiens ne comprennent pas toujours les bénéfices de la collaboration avec les familles et certaines familles s'opposent aussi à la collaboration avec les professionnels (Riebschleger, 2005; Beecher, 2009).

Je remarque aussi que les parents qui souffrent d'une problématique de santé mentale ont tendance à faire beaucoup de projection de leur propre problématique sur leur enfant. Au-delà des troubles de l'axe 2, je constate aussi que si la problématique des parents est plus ou moins stabilisée, la thérapie familiale est plus difficile à effectuer. Par exemple, des symptômes anxieux présents chez un parent nécessitent, selon moi, encore plus de travail afin de séparer un enfant de son parent que chez un parent qui n'a pas de problème de santé mentale. De plus, il peut leur être plus difficile d'accueillir une part de responsabilité dans la problématique de l'enfant. Finalement, j'ai trouvé que lors des suivis, les parents aux prises avec un problème de santé mentale présentaient une certaine rigidité de la pensée. Ils revenaient souvent sur les mêmes propos sans autocritique sur leur situation comme si s'occuper d'eux-mêmes les empêchaient d'être disponible pour considérer qu'ils ont quelque chose à voir avec la problématique de leur enfant. Dans cet ordre d'idées, je me pose aussi la question suivante : la thérapie familiale peut-elle avoir lieu avec n'importe laquelle des problématiques de santé mentale qui existent ?

À cet effet, Guttman (1983) mentionnent, tout comme les particularités de l'intervention auprès des gens qui souffrent d'un trouble de la personnalité, que lorsque l'enfant présente des problèmes tels que des accès de colère régressifs, mouille son lit, souffre d'encoprésie, présente divers comportements incontrôlables ou souffre de troubles somatiques ou psychosomatiques,

son développement est clairement compromis et la thérapie familiale n'est peut-être pas indiquée. En effet, dans certains cas, le comportement de l'enfant est tellement destructif ou auto-destructeur qu'une intervention immédiate et constante (médicale ou autre) est nécessaire tant de la part du personnel traitant que des parents. Cependant, dans la plupart des cas, le symptôme ne met pas en danger le développement immédiat de l'enfant et la thérapie familiale peut avoir lieu.

## **RECOMMANDATIONS**

Pour ce qui est des recommandations liées à l'utilisation de la thérapie familiale systémique dans le cadre d'interventions auprès de familles dont un parent ET un enfant souffrent d'un problème de santé mentale, elles sont de divers ordres.

Tout d'abord, le fait de partager avec d'autres cliniciens est utile pour composer avec les réactions négatives intenses vécues par les thérapeutes lors de leurs suivis, lesquelles peuvent fausser leurs perceptions et empêcher leur alliance à la famille, voire même les amener à abandonner la famille elle-même. À cet effet, l'équipe peut permettre de dénouer la créativité et la flexibilité du thérapeute et de la famille, deux atouts essentiels pour travailler avec les familles qui ont des difficultés d'alliance.

La cothérapie permet également de composer plus facilement avec une relation thérapeute-famille difficile tout en préservant l'alliance thérapeutique. Deux thérapeutes peuvent mieux tolérer l'avidité affective de certaines familles ou leur tendance à remettre le cadre en question. Stratégiquement, ils peuvent aussi assumer des rôles complémentaires, l'un étant plus confortant par exemple, l'autre se montrant plus soutenant.

En ce qui a trait à l'utilisation de l'outil FAST, j'aurais envie de dire que, dans l'avenir, je ne me restreindrais pas dans son utilisation. En effet, l'utilisation de l'outil est régit par des règles et un certain canevas. Cependant, dans la réalité du terrain, il s'est avéré difficile de privilégier certaines questions plutôt que d'autres. Lorsque les familles illustraient les trois situations, il a été

difficile de ne pas entrer dans les détails lorsqu'un membre affirmait certaines choses par exemple et je crois que de s'empêcher d'explorer certaines pistes n'est pas bénéfique pour les familles. Il faut éviter que la passation de l'outil devienne longue et fastidieuse, mais on doit se fier à notre instinct d'intervenant et si une parole allume quelque chose en nous, nous nous devons d'aller explorer cette piste puisque le moment ne se représentera peut-être jamais. Les familles rejouent souvent les mêmes enjeux dans le suivi, mais la situation exacte ne se représentera sûrement pas alors il faut saisir l'occasion.

Dans l'avenir, j'utiliserai donc le FAST comme outil d'intervention, en prenant bien le temps d'aller explorer toutes les pistes lorsqu'elles se présenteront, plutôt que comme outil «d'hypothétisation». De plus, il est important de noter que lorsque je leur ai demandé leurs réactions quant à l'utilisation du FAST ([voir annexe E](#)), les familles m'ont parlé de sa pertinence. Ils ont mentionné que ça les avait aidé à expliquer comment on se sent dans les relations avec notre entourage, de comprendre que parfois ils pouvaient mal interpréter certaines situations, de voir concrètement et visuellement la perception de chacun des membres de la famille, de visualiser certaines enjeux dysfonctionnels propres à leur famille et de constater que personne ne vit une situation de la même façon. Les familles ont aussi dit que ça leur a permis de mettre en place certaines choses qui ont pu être travaillées par la suite, de trouver des pistes de solutions et de constater que c'est une bonne façon d'aborder des situations plus délicates et sensibles.

Dans un autre ordre d'idées, si demain matin, on m'offrait la possibilité de refaire mon stage, j'essaierais d'agir autrement avec les pères puisqu'il importe d'offrir un soutien mieux adapté aux besoins des pères et à leur réalité (Boily, 2009). Par ailleurs, il serait plus indiqué d'axer l'intervention sur la création d'une alliance avec les pères afin d'assurer une meilleure continuité des soins aux enfants (Cohler et Musick, 1983). Dans mon stage, j'ai eu la chance de faire de l'intervention avec des familles nucléaires, mais lorsque les couples étaient séparés, il a

été difficile d'avoir les deux parents présents lors des suivis. Je crois qu'il est possible d'effectuer un suivi avec l'enfant et des parents séparés, mais cela demande souvent de jouer avec le cadre thérapeutique et c'est parfois insécurisant pour les familles. Je crois qu'un projet de stage qui viserait à joindre les pères ou tenterait une approche avec laquelle même les parents séparés pourraient participer ensemble à la thérapie familiale serait bénéfique au réseau de la santé. Il y a des situations qui demeurent difficiles à concilier, lorsqu'il y a présence de violence conjugale par exemple, mais avoir le point de vue de tous les membres, serait très bénéfique pour l'amélioration du bien-être de l'enfant et de sa famille.

En somme, au sens strict, parler de thérapie familiale suppose donc de prendre en compte la famille comme unité à soigner et cela implique véritablement un travail avec tous les membres de la famille, en leur offrant un cadre thérapeutique adéquat et spécifique, qui exige leur présence aux séances. À cet effet, les développements actuels des thérapies familiales insistent également de plus en plus fortement sur la place active de la famille dans le dispositif thérapeutique, en tant que participant au soin, dans une alliance thérapeutique active. Mon projet de stage fait état de cette richesse de faire participer les familles au processus thérapeutique. Cependant, je constate que, dans les suivis auprès des familles dont le parent ET l'enfant souffrent simultanément d'une problématique de santé mentale, il existe une certaine difficulté à départager ce qui appartient au trouble de l'enfant et ce qui appartient au trouble du parent. Je ne saurais pas non plus, affirmer hors de tout doute, si les constats tirés de ma pratique appartiennent exclusivement aux familles dont le parent ET l'enfant souffre simultanément d'une problématique de santé mentale. En somme, des projets plus approfondis auraient avantage à voir le jour afin de comparer la dynamique de ces familles aux familles qui ne nécessitent pas de services en ce qui a trait à leur santé mentale.

## RÉFÉRENCES

- Ackerson, B. J. (2003). Coping with the dual demands of severe mental illness and parenting: The parents' perspective. *Families in Society*, 84, 109-118.
- Ackerson, B. J. (2003). Parents with serious and persistent mental illness: Issues in assessment and services. *Social Work*, 48, 187-194.
- Adler, L., Ausloos, G., Beday, P., Doret, M.S., Eisenring, J.J., Julier, C. et Verchery, A. (1981). Thérapie familiale. Dans Julier, C. (Dir.), *Psychologie, psychothérapie, famille* (240 p.). Genève : Éditions Institut d'études sociales.
- Ahlstrom, B. H., Skarsater, I. et Danielson, E. (2009). Living with major depression: Experiences from families' perspectives. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23, 309-316.
- Albernhe, K. et Albernhe, T. (2008). *Les thérapies familiales systémiques*. Paris : Masson, 305 p.
- Allen, J. P., Insabella, G., Maryfrances, R. P., Smith, F. D., Land, D. et Phillips, N. (2006). A social-interactional model in the development of depressive symptoms in adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(1), 55-65.
- Allen, J. P. et Land, D. (1999). Attachment in adolescence. Dans Cassidy J. and P. R. Shaver (Dir.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (p. 319-335). New York: The Guilford Press.
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with bipolar disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(1), 107-125.
- Amiguet, D. et Julien, C. (1996). *L'intervention systémique dans le travail social*. Genève : Éditions Institut d'études sociales, 351 pages.
- Anaut, M. (2005). *Soigner la famille*. Paris : Armand Colin, 319 pages.
- Anderson, C. A. et Hammen, C. L. (1993). Psychosocial outcomes of children of unipolar depressed, bipolar, medically ill, and normal women: a longitudinal study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 448 -454.
- Angold, A., Costello, E. J. et Erkanli, A. (1999). Comorbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40(1), 57-87.
- Anthony, E.J. (1974). The syndrome of the psychologically invulnerable child. Dans Anthony E.J. et Koupernik C. (Dir.), *The child in his family, children at psychiatric risk* (Vol 3, p. 529-544). New York : John Wiley.
- Anyaegbunam, J. (2001). When parents have a mental illness. *Nursing Times*, 97(1), 39-40.

- Asarnow, J. R., Goldstein, M. J., Tompson, M. et Guthrie, D. (1993). One-year outcomes of depressive disorders in child psychiatric in-patients: Evaluation of the prognostic power of a brief measure of expressed emotion. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34(1), 129–137.
- Ausloos, G. (1986). Symptôme, système et psychopathologie. *Systèmes humains*, 2(1), 97-104.
- Balas, L.L. (2008). *L'approche systémique en santé mentale*. Montréal : Les presses de l'université de Montréal, 232 p.
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. (2nd ed.). New York : Guilford Press.
- Barrett, P. M., Dadds, M. R. et Rapee, R. M. (1996). Family treatment of childhood anxiety: A controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(1), 333-342.
- Bateson, G. et Ruesch, J. (1988). *Communication et société*. Paris : Seuil, 352 pages.
- Baumrind, D. (1987). Developmental perspectives on adolescent risk-taking in contemporary America. Dans Irwin C.E. (Dir.), *Adolescent social behavior and health (p.93-125)*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Beardslee, W. et MacMillan, H. (1993). Preventive intervention with the children of depressed parents. *Psychoanalytic Study of the Child*, 48, 249-276.
- Beardslee, W. R., Keller, M. B., Lavori, P. W., Staley, J. et Sacks, N. (1993). The impact of parental affective disorder on depression in offspring: A longitudinal follow-up in a nonreferred sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 723– 730.
- Beardslee, W., Versage, E. et Gladstone, T. (1998). Children of affectively ill parents. A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37(1), 1134–1141.
- Beardslee, W. R., Gladstone, T. R. G., Wright, E. J. et Cooper, A. B. (2003). A family-based approach to the prevention of depressive symptoms in children at risk: Evidence of parental and child change. *Pediatrics*, 112(2), 119-131.
- Beck, C. T. (1999). Maternal depression and child behavior problems: A meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 29(1), 623-629.
- Beecher, B. (2009). Mental health practitioners' views of the families of individuals with schizophrenia and barriers to collaboration : a mixed methods study. *Journal of family social work*, 12, 264-282. doi: 10.1080/10522150802654260
- Beidel, D. C. et Turner, S. M. (1997). At risk for anxiety: I. Psychopathology in the offspring of

anxious parents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 918–924.

Benjet, C., Azar, S. T. et Kuersten-Hogan, R. (2003). Evaluating the parental fitness of psychiatrically diagnosed individuals: Advocating a functional-contextual analysis of parenting. *Journal of Family Psychology*, 17(1), 238-251.

Berg-Nielsen, T. S. et Vikan, A. (2002). Parenting related to child and parental psychopathology: A descriptive review of the literature. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 7(1), 529-552.

Bergeron, L., Valla, J. P., Breton, J. J., Gaudet, N., Berthiaume, C. et Lambert, J. (2000). Correlates of mental disorders in the Quebec general population of 6 to 14-year olds. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28(1), 47–62.

Bergeron, L., Valla, J. P. et Gauthier, A. K. (2007). L'épidémiologie des troubles anxieux chez les enfants et les adolescents. Dans L. Turgeon et P. L. Gendreau (Dir.), *Les troubles anxieux chez l'enfant et l'adolescent* (p. 11-47). Marseille, France : Solal.

Bergeron, L., Valla, J. P., Smolla, N., Piché, G., Berthiaume, C. et St-Georges, M. (2007). Correlates of depressive disorders in the Quebec general population 6 to 14 years of age. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35(1), 459–474.

Bifulco, A., Brown, G.W., Moran, P., Ball, C. et Campbell, C. (1998). Predicting depression in women: The role of past and present vulnerability. *Psychological Medicine*, 28(1), 39–50.

Bifulco, A. et Moran, P. (1998). *Wednesday's child. Research into women's experience of neglect and abuse in childhood and adult depression*. London: Routledge.

Bifulco, A., Moran, P.M., Ball, C., Jacobs, C., Baines, R., Bunn, A. et Cavagin, J. (2002). Childhood adversity, parental vulnerability and disorder : examining inter-generational transmission of risk. *Journal of psychology and psychiatry*, 43(8), 1075-1086.

Birmaher, B., Brent, D. A., Kolko, D., Baugher, M., Bridge, J. et Holder, D. (2000). Clinical outcome after short-term psychotherapy for adolescents with major depressive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 57(1), 29–36.

Birmaher, B., Ryan, N., Williamson, D., Brent, D. et Kaufman, J. (1996). Childhood and adolescent depression: A review of the past 10 years, Part I. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(11), 1427–1439.

Blanch, A. et Surlés, R. (1994). Case management interventions in rehabilitation. Dans J. Bedell (Dir.), *Psychosocial assessment and treatment of patients with severe mental disorders* (pp. 177-187). Washington, DC: Taylor and Francis.

Bland, C. et Orn, H. (1986). Psychiatric disorders, spouse abuse and child abuse. *Acta Psychiatrica Belgica*, 86(1), 444–449.

- Bögels, S.M (2006). Family issues in child anxiety: Attachment, family functioning, parental rearing and beliefs. *Clinical Psychology Review*, 26(1), 834–856.
- Boily, M. (1999). *Les difficultés vécues par les enfants de personnes atteintes de maladie mentale: phénomène peu traité en psychiatrie et en négligence parentale* (Mémoire de maîtrise inédit). Université de Montréal.
- Boily, M. (2003). *L'exercice du rôle parental chez des personnes aux prises avec des troubles mentaux* (Protocole de recherche non-publié). Université Laval: Québec.
- Boily, M. (2009). *L'exercice du rôle parental chez des personnes aux prises avec des troubles mentaux* (Thèse de doctorat, Université Laval). Repéré à Proquest.
- Boily, M., St-Onge, M. et Toutant, M.T. (2006). *Au-delà des troubles mentaux, la vie familiale. Regard sur la parentalité*. Montréal : Les Éditions du CHU Sainte-Justine.
- Boszormenyi-Nagy, I. et Spark, G. (1973). *Invisible Loyalties : Reciprocity in intergenerational family therapy*. New York : Brunner Mazel, 408 pages.
- Boursnell, M. (2007). The silent parent: Developing knowledge about the experiences of parents with mental illness. *Child Care in Practice*, 13(1), 251-260. doi:10.1080/13575270701353630.
- Bowen, M. (1978). *Family Therapy in Clinical Practice*. Northvale, New York : Jason Aronson Inc.
- Bradley, K.L., McGrath, P.J., Brannen, C.L. et Bagnell, A.L. (2010). Adolescents' Attitudes and Opinions about Depression Treatment. *Community Mental Health Journal*, 46, 242–251. doi : 10.1007/s10597-009-9224-5
- Brennan, P. A., Lee, B. R. et Hammen, C. (2003). Maternal depression, parent-child relationships, and resilient outcomes in adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 1469 –1477.
- Brent, D. A., Holder, D., Kolko, D., Brimamer, B., Baugher, M. et Roth, C. (1997). A clinical psychotherapy trial for adolescent depression comparing cognitive, family, and supportive treatments. *Archives of General Psychiatry*, 54(1), 877–885.
- Brent, D., Kolko, D. J., Birmaher, B., Baugher, M. et Brodige, J. (1999). A clinical trial for adolescent depression: predictors of additional treatment in the acute and follow-up phases of the trial. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(1), 263–272.
- Breton, J. J., Bergeron, L., Valla, J. P., Berthiaume, C., Gaudet, N. et Lambert, J. (1999). Quebec child survey: Prevalence of *DSM- III-R* mental health disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 375–384.

- Brunette, M. F. et Dean, W. (2002). Community mental health care for women with severe mental illness who are parents. *Community Mental Health Journal*, 38, 153-160.
- Buist, A. (1998). Mentally ill families: When are the children unsafe ? *Australian Family Physician*, 27(1), 261-265.
- Burbach, D. J. et Borduin, C. M. (1986). Parent-child relations and the etiology of depression: A review of methods and findings. *Clinical Psychology Review*, 6(1), 133–153.
- Burney-Hamilton, E., Jones, M. et Hammen, C. (1993). Maternal interaction style in affective disordered, physically ill, and normal women. *Family Process*, 32(1), 329-340.
- Byrne, C., Pape, B., Ivask, A., Kuczynski, L., Browne, G. et Whittaker, S. (2001). Service needs of families where one parent has an affective illness : Implications for service, education, and policy, *Canadian Journal of Community Mental Health*, 20(1), 107-121.
- Camden-Pratt, C.(2006). *Out of the shadows: Daughters growing up with a "mad" mother.* Sydney : Finch Publishing.
- Canino, G., Bird, H., Rubio-Stipec, M., Bravo, M. et Alegria, M. (1990). Children of parents with psychiatric disorder in the community. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 29(3), 398–406.
- Canino, G., Shrout, P. E., Rubio-Stipec, M., Bird, H. R., Bravo, M. et Ramirez, R. (2004). The *DSM-IV* rates of child and adolescent disorders in Puerto Rico: Prevalence, correlates, service use, and the effects of impairment. *Archives of General Psychiatry*, 61, 85–93.
- Carrière, M., Clément, M. Tétrault, S., Pépin, G., Fortier, M. et Paquet, S. (2010). Réflexion sur les services aux familles dont la mère souffre d'un trouble de santé mentale (TSM). *Santé mentale au Québec*, 35(2), 185-208.
- Carter, A. S., Garrity-Rokous, F. E., Chazan-Cohen, R., Little, C. et Briggs-Gowan, M. J. (2001). Maternal depression and comorbidity: predicting early parenting, attachment security, and toddler social-emotional problems and competencies. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(1), 18-26.
- Cartwright-Hatton, S., Roberts, C., Chitsabesan, P., Fothergill, C. et Harrington, R. (2004). Systematic review of the efficacy of cognitive behavior therapies for childhood and adolescent anxiety disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 43(1), 421-436.
- Caughy, M., Huang, K. et Lima, J. (2009). Patterns of conflict interaction in mother-toddler dyads: Differences between depressed and non-depressed mothers. *Journal of Child and Family Studies*, 18(1), 10-20. doi: 10.1007/s 10826-008-9201-6.
- Chan, R. T-W. (2005). Interpersonal psychotherapy as a treatment model for depressed adolescents with chronic medical problems. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*,

10(1), 88–101.

- Cheung, A. H., Zuckerbrot, R. A., Jensen, P. S., Ghalib, K., Laraque, D. et Stein, R. E. K. (2007). Guidelines for adolescent depression in primary care (GLAD-PC): II. Treatment and ongoing management. *Pediatrics*, 120, 1313–1326.
- Chorpita, B. F., Albano, A. M. et Barlow, D. H. (1996). Cognitive processing in children: Relation to anxiety and family influences. *Journal of Clinical Child Psychology*, 25(2), 170-176.
- Chorpita, B. F., Brown, T. A. et Barlow, D. H. (1998). Perceived control as a mediator of family environment in etiological models of childhood anxiety. *Behavior Therapy*, 29(1), 457-476.
- Civic, D. et Holt, V. L. (2000). Maternal depressive symptoms and child behavior problems in a nationally representative normal birthweight sample. *Maternal and Child Health Journal*, 4(1), 215-221.
- Clarke, G. N., Hawkins, W., Murphy, M., Sheeber, L. B., Lewinsohn, P. M. et Seeley (1995). Targeted prevention of unipolar depressive disorder in an at-risk sample of high school adolescents: A randomized trial of a group cognitive intervention. *The Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34(3), 312-321.
- Clarke, G. N., Hornbrook, M., Lynch, F., Polen, M., Gale, J. et Beardslee, W. R. (2001). A randomized trial of a group cognitive intervention for preventing depression in adolescent offspring of depressed parents. Abrégé. *Archives in General Psychiatry*, 52(12), 1127-1134.
- Clarke, G. N., Rohde, P., Lewinsohn, P. M., Hops, H. et Seeley, J. R. (1999). Cognitive-behavioral treatment of adolescent depression: Efficacy of acute group treatment and booster sessions. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(3), 272–279.
- Clausen, J. A. et Huffine, C. L. (1979). The impact of parental mental illness on children. *Research in Community and Mental Health*, 1, 183-214.
- Cobham, V. E., Dadds, M. R. et Spence, S. H. (1998). The role of parental anxiety in the treatment of childhood anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(6), 893-905.
- Cohler, B. J. et Musick, J. S. (1983). Psychopathology of parenthood: implications for mental health of children. *Infant Mental Health Journal*, 4, 140-164.
- Cole, D. A. et Rehm, L. P. (1986). Family interaction patterns and childhood depression. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 14, 297–314.
- Corring, D. J. (2002). Quality of life: Perspectives of people with mental illnesses and family

- members. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25, 350-358.
- Cottrell, D. (2003). Outcome studies of family therapy in child and adolescent depression. *Journal of Family Therapy*, 25, 406–416.
- Cottrell, D. et Kraam, A. (2005). Growing up? A history of CAMHS (1987–2005). *Child and Adolescent Mental Health*, 10, 111–117.
- Costello, E. J., Egger, H. M. D. et Angold, A. M. R. C. (2005). 10-Year research update review: The epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: I. Methods and public health burden. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44, 972–986.
- Costello, E. J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G. et Angold, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 60, 837–844.
- Costello, E. J., Pine, D. S., Hammen, C., March, J. S., Plotsky, P. M. et Weissman, M. M. (2002). Development and natural history of mood disorders. *Biological Psychiatry*, 52, 529–542.
- Cox, A. D., Puckering, C, Pound, A. et Mills, M. (1987). The impact of maternal depression on young children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 28, 917- 928.
- Cresson, G. (2006). La production familiale de soins et de santé : la prise en compte tardive et inachevée d'une participation essentielle, *Recherches familiales*, 3, 7-16.
- Cummings, E. M. et Davies, P. (1994). *Children and marital conflict*. New York: Guilford Press.
- Cummings, E. M. et Davies, P. T. (2002). Effects of marital conflict on children: Recent advances and emerging themes in process-oriented research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43, 31–63.
- Cyrulnik, B. (2004). *Parler d'amour au bord du gouffre*. Paris : Odile Jacob.
- Cyrulnik, B. (2002). *Un merveilleux malheur*. Paris : Odile Jacob.
- Czuchta, D. M. et McCay, E. (2001). Help-seeking for parents of individuals experiencing a first episode of schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 15, 159-170.
- Dadds, M. R. (2002). Learning and intimacy in the families of anxious children. Dans R. J. McMahon et R. D. Peters (Dir.), *The effects of parental dysfunction on children* (p. 87-104). New York : Kluwer Academic/Plenum.
- Davenport, Y. B., Zahn-Waxler, C, Adland, M. L. et Mayfield, A. (1984). Early child-rearing practices in families with a manic-depressive parent. *American Journal of Psychiatry*, 14, 230-235.

- Davey, S. J., Dziurawiec, S. et O'Brien-Malone, A. (2006). Men's voices: Postnatal depression from the perspective of male partners, *Qualitative Health Research*, 16(2), 206-220.
- David-Ferdon, C. et Kaslow, N. J. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for child and adolescent depression. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37, 62–104.
- Desjardins, N., D'Amours, G., Poissant, J. et Manseau, S. (2008). *Avis scientifique sur les interventions efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux*. Repéré sur le site de l'Institut national de la santé publique du Québec : [http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/789\\_Avis\\_sante\\_mentale.pdf](http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/789_Avis_sante_mentale.pdf)
- Diamond, G., Siqueland, L. et Diamond, G.M. (2003). Attachment-Based Family Therapy for Depressed Adolescents: Programmatic Treatment Development. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 6(2), 107-127.
- Diamond, G. M., Diamond, G. S. et Hogue, A. (2007). Attachment-based family therapy: adherence and differentiation. *Journal of Marital and Family Therapy*, 33, 177–191.
- Diaz-Caneja, A. et Johnson, S. (2004). The views and experiences of severely mentally ill mothers. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 472-482.
- Dietrich, S. B. M., Bujantugs, B., Kenzine, D., Matschinger, H. et Angermeyer, M. C. (2004). The relationship between public causal beliefs and social distance toward mentally ill people. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38, 348-354.
- DiLalla, L. F., Kagan, J. et Reznick, J. S. (1994). Genetic etiology of behavioural inhibition among two-year-old children. *Child Development*, 61, 1153-1163.
- Dixon, L., Adams, C. et Lucksted, A. (2000). Update on family psychoeducation for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 26(1), 5–20.
- Dixon, L., Postrado, L., Delahanty, J., Fisher, P. et Lehman, A. (1999). The association of medical comorbidity in schizophrenia with poor physical and mental health. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187, 496-502.
- Dubicka, B. et Wilkinson, P. (2007). Evidence-based treatment of adolescent major depression. *Evidence Based Mental Health*, 10, 100–102.
- Duncan, G. et Browning, J. (2009). Adult attachment in children raised by parents with schizophrenia. *Journal of Adult Development*, 16, 76-86.
- Egami, Y., Ford, D. E., Greenfield, S. F. et Crum, R. M. (1996). Psychiatric profile and sociodemographic characteristics of adults who report physically abusing or neglecting children. *The American Journal of Psychiatry*, 15, 921-928.
- Elgar, F. J., McGrath, P. J., Waschbusch, D. A., Stewart, S. H. et Curtis, L. J. (2004). Mutual influences on maternal depression and child adjustment problems. *Clinical Psychology*

*Review, 24, 441–459.*

- Elkaïm, M. (2003). *Panorama des thérapies familiales*. Paris : Seuil, 704 p.
- Ellis, P. M. et Collings, S. C. D. (1997). *Mental health in New Zealand from a public health perspective* (Numéro 3). Wellington, New Zealand: Ministry of Health.
- Emery, R. E. (1989). Interparental conflict and the children of discord and divorce. *Psychological Bulletin, 92*, 310-330.
- Emslie, G. J., Heiligenstein, J. H., Wagner, K. D., Hoog, S. L., Ernest, D. E. et Brown, E. (2002). Fluoxetine for acute treatment of depression in children and adolescents: A placebo-controlled randomized clinical trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 41*(10), 1205– 1215.
- Emslie, G. J., Walkup, J. T., Pliszka, S. R. et Ernst, M. (1999). Nontricyclic antidepressants: Current trends in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 38*(5), 517–528.
- Emslie, G. J., Rush, J., Weinberg, W. A., Kowatch, R. A., Hughes, C. W. et Carmody, T. (1997). A double-blind, randomized, placebo-controlled trial of fluoxetine in children and adolescents with depression. *Archives of General Psychiatry, 54*(11), 1031–1037.
- Essex, M. J., Klien, M. H., Miech, R. et Smider, N. A. (2001). Timing of initial exposure to maternal major depression and children's mental health symptoms in kindergarten. *British Journal of Psychiatry, 179*, 151–156.
- Finzi, R. et Stabge, D. (1997). Short Term Group Intervention as a Means of Improving the Adjustment of Children of Mentally ill Parents. *Social Work with Groups, 20*(4), 69-80.
- Focht-Birkerts, L. et Beardslee, W. R. (2000). A child's experience of parental depression: Encouraging relational resilience in families with affective illness, *Family Process, 39*(4), 417-434.
- Ford, T., Goodman, R. et Meltzer, H. (2004). The relative importance of child, family, school and neighbourhood correlates of childhood psychiatric disorder. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 39*, 487– 496.
- Forehand, R., Thomas, A.M., Wierson, M. et Brody, G. (1990). Role of maternal functioning and parenting skills in adolescent functioning following parental divorce. *Journal of Abnormal Psychology, 99*, 278–283.
- Forehand, R., Wierson, M., Thomas, A.M. et Armistead, L. (1991). The role of family stressors and parent relationships on adolescent functioning. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 30*, 316–322.
- Fournier, D., René, J.-F., Duval, M., Garon, S., Fontaine, A. et Chénard, J. (2001). La dynamique

partenariale sur les pratiques des organismes communautaires dans le contexte de la réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux, *Nouvelles Pratiques sociales*, 14(1) 111-131.

Fristad, M. A. (2006). Psychoeducational treatment for school-aged children with bipolar disorder. *Development and Psychopathology*, 18, 1289–1306.

Fristad, M. A., Goldberg-Arnold, J. S. et Gavazzi, S. M. (2003). Multi-family psychoeducation groups in the treatment of children with mood disorders. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29, 491–504.

Fristad, M. A., Verducci, J. S., Walters, K. et Young, M. E. (2009). The impact of multi-family psychoeducational psychotherapy in treating children aged 8-12 with mood disorders. *Archives of General Psychiatry*, 66, 1013–1021.

Garley, D., Gallop, R., Johnston, N. et Pipitone, J. (1997). Children of the mentally ill : a qualitative focus group approach, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 4, 97-103.

Garmezy, N. (1974). Children at Risk: The search for antecedents of schizophrenia, part 1, conceptual models and research methods. *Schizophrenia Bulletin*, 8, 14-90.

Garmezy, N. (1987). Stress, competence, and development: Continuities in the study of schizophrenic adults, children vulnerable to psychopathology and the research for stress-resistant children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 159-171.

Gehring, T.M. et Feldman, S.S. (1988). Adolescents' Perceptions of Family Cohesion and Power: A Methodological Study of the Family System Test. *Journal of Adolescent Research*, 3(33). doi: 10.1177/074355488831004

Gehring, T.M. et Wyler, I.L. (1986). Family-System-Test (FAST): A Three Dimensional Approach to Investigate Family Relationships. *Child Psychiatry and Human Development*, 16(4), 235-248.

Ginsburg, G. S., Silverman, W. K. et Kurtines, W. K. (1995). Family involvement in treating children with phobic and anxiety disorders: A look ahead. *Clinical Psychology Review*, 15(5), 457-473.

Gladstone, T. R. et Beardslee, W. R. (2002). Treatment, intervention, and prevention with children of depressed parents: A developmental perspective. Dans S. H. Goodman et I. H. Gotlib (Dir.), *Children of Depressed Parents: Mechanism of risk and implications for treatment* (p. 277–306). Washington DC : American Psychological Association.

Goldstein, E. G. (2007). Social work education and clinical learning: yesterday, today, and tomorrow, *Clinical Social Work Journal*, 35, 15–23.

Goodman, S.H. (1987). Emory university project on children of disturbed parents. *Schizophrenia*

*Bulletin 13, 411-423.*

- Goodman, S. H. et Brumley, H. E. (1990). Schizophrenic and depressed mothers: relational deficits in parenting. *Developmental Psychology, 26*(1), 31-39.
- Goodman, S. H. et Gotlib, I. H. (1999). Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: A developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychological Review, 106*, 458-490.
- Goodman, S. H. et Gotlib, I. H. (2002). Transmission of risk to children of depressed parents: Integration and conclusions. Dans S. H. Goodman et I. H. Gotlib (Dir.), *Children of depressed parents: Mechanisms of risk and implications for treatment* (1<sup>ère</sup> éd., p. 1-351). Washington, DC: American Psychological Association.
- Goodman, S. H., Hoven, C. W., Narrow, W. E., Cohen, P., Fielding, B. et Alegria, M. (1998). Measurement of risk for mental disorders and competence in a psychiatric epidemiologic community survey: The National Institute of Mental Health Methods for the Epidemiology of Child and Adolescent Mental Disorders (MECA) Study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 33*, 162-173.
- Goodman, L. A., Rosenberg, S. D., Mueser, K. T. et Drake, R. E. (1997). Physical and sexual assault history in women with serious mental illness: Prevalence, correlates, treatment, and future research directions. *Schizophrenia Bulletin, 23*, 685-696.
- Goodyer, I. M., Herbert, J., Tamplin, A., Secher, S. M. et Pearson, J. (1997). Short-term outcome of major depression: II. Life events, family dysfunction, and friendship difficulties as predictors of persistent disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36*(4), 474-480.
- Gouvernement du Québec (1997). *Orientations pour la transformation des services de santé mentale*. Repéré sur le site du Ministère de la Santé et des Services sociaux : [http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/1996/96\\_774.pdf](http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/1996/96_774.pdf)
- Gouvernement du Québec (1998). *Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale*, Repéré sur le site du Ministère de la Santé et des Services sociaux : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/1998/98-710.pdf>
- Gouvernement du Québec (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : la force des liens*. Repéré sur le site du Ministère de la santé et des services sociaux à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/05-914-01.pdf>.
- Greenberg, M., Siegel, J. et Leitch, C. J. (1983). The nature and importance of attachment relationships of parents and peers during adolescents. *Journal of Youth and Adolescence, 12*, 373-386.
- Grotevant, H. D. et Cooper, C. R. (1993). *Adolescent development in the family*. San Francisco : Jossey-Bass.

- Grünebaum, H. U., Bohler, B. J., Kauffman, C. et Gallant, D. (1978). Children of depressed schizophrenic mothers. *Child Psychiatry and Human Development*, 8, 219- 228.
- Guedeney, A. (1998). Les déterminants précoces de la résilience. Dans Cyrulnik, B. (Dir.), *Ces enfants qui tiennent le coup (p.13-26)*. Revigny-sur-Ormain, France : Éditions Hommes et Perspectives.
- Guedeney, A. (2000). Prise en charge des femmes enceintes ayant une pathologie psychiatrique chronique. *Journal de Gynécologie, Obstétrique et Biologie de la reproduction*, 29(1), 39-42.
- Guttman, H.A. (1983). La thérapie familiale auprès de jeunes enfants. *Santé mentale au Québec*, 8(2), 134-139.
- Haley, J. (1971). Approaches to Family Therapy. Dans J. Haley (dir.), *Changing Families : A Family Therapy Reader*. New York : Grune and Stratton.
- Hammen, C. et Brennan, P. A. (2003). Severity, chronicity, and timing of maternal depression and risk for adolescent offspring diagnoses in a community sample. *Archives of General Psychiatry*, 60, 253–258.
- Hammen, C., Brennan, P. A. et Shih, J. H. (2004). Family discord and stress predictors of depression and other disorders in adolescent children of depressed and nondepressed women. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 994–1002.
- Hammen, C, Burge, D. et Adrian, C. (1991). Timing of mother and child depression in a longitudinal study of children at risk. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 341-345.
- Hammen, C. et Rudolph, K. D. (2003). Childhood mood disorders. Dans R. Mash et R. A. Barkley (dir.), *Child psychopathology* (p. 233–278). New York : Guilford Press.
- Hammen, C., Shih, J. H. et Brennan, P. A. (2004). Intergenerational transmission of depression: Test of an interpersonal stress model in a community sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 511–522.
- Hammen, B. et Stansbury, T. (1990). Relationship of Mother and Child Variables to Child Outcomes in a High-Risk Sample: A Causal Modeling Analysis. *Developmental Psychology*, 26(1), 24-30.
- Hamrin, V. et Pachler, M. C. (2005). Child and adolescent depression: review of the latest evidence-based treatments. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 43, 54-64.
- Hans, S.L., Marcus, J., Henson, L. et Auerbach, J.G. (1992). Interpersonal Behavior of Children at Risk for Schizophrenia. *Psychiatry, Interpersonal and Biological Processes*, 55(3), 14-

- Harrington, R., Fudge, H., Rutter, M., Pickles, A. et Hill, J. (1990). Adult outcomes of childhood and adolescent depression: I. Psychiatric status. *Archives of General Psychiatry*, 47, 465–473.
- Harris, T., Brown, G. et Bifulco, A. (1986). Loss of parent in childhood and adult psychiatric disorder: The lack of adequate parental care. *Psychological Medicine*, 16, 641–659.
- Harris, T., Brown, G.W. et Bifulco, A.T. (1990). Loss of parent in childhood and adult psychiatric disorder: A tentative overall model. *Development and Psychopathology*, 2, 311–328.
- Hazel, P. (2007). Depression in adolescents. *British Medical Journal*, 335, 106–107.
- Hinden, B. R., Biebel, K., Nicholson, J. et Mehnert, L. (2005). The invisible Children's project: key ingredients of an intervention for parents with mental illness. *Journal of Behavioral Health Services and Research*, 32(4), 393-408.
- Hoagwood, K. et Olin, S. (2002). The NIMH blueprint for change report: Research priorities in child and adolescent mental health, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(7), 760-767.
- Hock, M. et Krohne, H. W. (1992). Anxiety and coping dispositions as predictors of the visual interaction between mother and child. *Anxiety Research*, 4(4), 275-286.
- Holmbeck, G. N. (1996). A model of family relational transformations during the transition to adolescence: Parent–adolescent conflict and adaptation. Dans J. A. Graber, J. Brooks-Gunn et A.C. Peterson (dir.), *Transitions through adolescence: Interpersonal domains and context* (p. 167–199). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Jacobsen, T. et Miller, L. J. (1998). Focus on women: Mentally ill mothers who have killed: Three cases addressing the issue of future parenting capability. *Psychiatric Services*, 49, 650-547.
- James, E.L., Fraser, C. et Talbot, L. (2007). Vulnerable children in families affected by parental mental illness: The role of theory in programme development. *Vulnerable Children and Youth Studies*, 2(2), 142–153.
- Jenkins, J.M. et Buccioni, J.M. (2000). Children's understanding of marital conflict and the marital relationship. *Journal of Child Psychiatry*, 41, 161–168.
- Jessup, M. (1996). Coexisting Mental Illness and Alcohol and Other Drug Dependencies in Pregnant and Parenting Women. *Journal of Psychoactive Drugs*, 2, 311-317.
- Jones, D., Macias, R. L., Gold, P. B., Barreira, P. et Fisher, W. (2008). When parents with severe mental illness lose contact with their children: Are psychiatric symptoms or substance use

- to blame ? *Journal of Loss and Trauma*, 13, 261-287. doi: 10.1080/15325020701741849.
- Judas, J. (2004). Women with mental illness are still losing their children, *Visions: BC's Mental Health and Addictions Journal*, 2(2), 12.
- Kaas, M., Lee, S. et Peitzman, C. (2003). Barriers to collaboration between mental health professionals and families in the care of persons with serious mental illness. *Issues in Mental Health Nursing*, 24, 741–756.
- Kagan, J. et Snidman, N. (1999). Early childhood predictors of adult anxiety disorders. *Biological Psychiatry*, 46, 1536-1541.
- Karon, B. P. (2003). The tragedy of schizophrenia without psychotherapy. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 31, 89–118.
- Kaslow, N. J. et Thompson, M.P. (1998). Applying the criteria for empirically supported treatments to studies of psychosocial interventions for child and adolescent depression. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 146–155.
- Kauffman, C., Grunebaum, H., Cohler, B. et Gamer, E. (1979). Superkids: Competent children of psychotic mothers. *American Journal of Psychiatry*, 136, 1398-1402.
- Kazdin, A. E. (1991). Effectiveness of psychotherapy with children and adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 785–798.
- Keitner, G. L. et Miller, I. W. (1990). Family functioning and major depression: An overview. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1128-1137.
- Keitner, G. I., Miller, I. W., Epstein, A. E., Bishop, D. S. et Fruzzeti, A. E. (1987). Family functioning and the course of major depression. *Comprehensive Psychiatry*, 28, 54–64.
- Keller, N. B., Ryan, N. D., Strober, M., Klein, R. G., Kutcher, S. P. et Birmaher, B. (2001). Efficacy of prooxetine in the treatment of adolescent major depression: A randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 762–772.
- Kelley, S. A. et Jennings, K. D. (2003). Putting the pieces together: Maternal depression, maternal behavior, and toddler helplessness. *Infant Mental Health Journal*, 24, 74-90.
- Kendler, K. S., Neale, M. C., Kessler, R. C., Heath, A. C. et Eaves, L. J. (1992). The genetic epidemiology of phobias in women. *Archives of General Psychiatry*, 49, 273-281.
- Kersting, A., Fisch, S. et Arolt, V. (2002). Outpatient psychotherapy for mothers: A new treatment. *Archives of Women's Mental Health*, 6, 65-69.
- Kessler, R.C, McGonagle, K.A., Zhao, S., Nelson, C.B., Hughes, M., Eshleman, E. et Kendler, K.S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the

- United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- Kolko, D. J., Brent, D. A., Baugher, M., Bridge, J. et Birmaher, B. (2000). Cognitive and family therapies for adolescent depression: treatment specificity, mediation and moderation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 603–614.
- Kowatch, R. A., Fristad, M., Birmaher, B., Wagner, K. D., Findling, R. L. et Hellander, M. (2005). Treatment guidelines for children and adolescents with bipolar disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44, 213–235.
- Kramer, T., Illife, S., Murray, E. et Waterman, S. (1997). Which adolescents attend the GP? The association with psychiatric and psychosomatic complaints. *British Journal General Practice* 47, 327-343.
- Krohne, H. W. et Hock, M. (1991). Relationships between restrictive mother child interactions and anxiety of the child. *Anxiety Research*, 4(2), 109-124.
- Kutcher, S., Boulos, C., Ward, B., Marton, P., Simeon, J. et Ferguson, H. (1994). Response to desipramine treatment in adolescent depression: A fixed-dose, placebo-controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33(5), 686–694.
- Lapalme, M., Hodgins, S. et Laroche, C. (1997). Children of parents with bipolar disorder: A meta-analysis of risk for mental disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 42, 623–632.
- Larner, G. (2009). Integrating family therapy in adolescent depression: an ethical stance. *Journal of Family Therapy*, 31, 213–232.
- Larrivière, C. (2001). L’amplification obligée des relations partenariales: l’interdépendance est-elle une menace à l’autonomie? *Nouvelles Pratiques sociales*, 14(1), 64-80.
- Lee, C. M. et Gotlib, I. H. (1989). Maternal depression and child adjustment: A longitudinal analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 98, 78-85.
- Leffler, J.M., Fristad, M.A. et Klaus, N.M. (2010). Psychoeducational Psychotherapy (PEP) for Children With Bipolar Disorder: Two Case Studies. *Journal of Family Psychotherapy*, 21, 269–286. doi: 10.1080/08975353.2010.529051
- Lefley, H.P. (1992). The stigmatized family. Dans P.J., Fink et A. Tasman (dir.), *Stigma and Mental Illness* (p.127-138). Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Leshield, A.W, Chiodo, D., Whitehead, P.C. et Hurley, D. (2005). The relationship between maternal depression and child outcomes in a child welfare sample: implications for treatment and Policy. *Child and Family Social Work*, 10, 281–291.
- Léveillé, S., Chamberland, C. et Tremblay-Renaud, A. (2007). Quand le développement des parents compromet aussi celui de leurs enfants : État de situation. Dans Chamberland, C.

Léveillé, S., et N. Trocmé (dir.), *Enfants à protéger-Parents à aider: des univers à rapprocher*. Québec : Presses de l'Université du Québec.

Lewinsohn, P. M., Clark, G. N., Hops, H. et Andrews, J. (1990). Cognitive-behavioral treatment for depressed adolescents. *Behavioral Therapy*, 21, 385-401.

Lewinsohn, P. M., Clark, G. N., Rhode, P., Hops, H. et Seeley, J. (1996). A course in coping: A cognitive-behavioral approach to the treatment of adolescent depression. Dans E. D. Hibbs et P. S. Jensen (dir.), *Psychosocial treatments for child and adolescent disorders: Empirically based strategies for clinical practice* (p. 109-135). Washington, DC: American Psychological Association.

Lewinsohn, P. M., Rohde, P., Seeley, J. R. et Fischer, S. A. (1993). Age-cohort changes in the lifetime occurrence of depression and other mental disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 110-120.

Lieb, R., Isensee, B., Hofler, M., Pfister, H. et Wittchen, H. U. (2002). Parental major depression and the risk of depression and other mental disorders in offspring: A prospective-longitudinal community study. *Archives of General Psychiatry*, 59, 365-374.

Lin, P., Campbell, D. G., Chaney, E. F., Liu, C., Heagerty, P. et Felker, B. L. (2005). The influence of patient preference on depression treatment in primary care. *Annals in Behavioral Medicine*, 30(2), 164-173.

Linver, M. R., Brooks-Gunn, J. et Kohen, D. E. (2002). Family processes as pathways from income to young children's development, *Developmental Psychology*, 38(5), 719-734.

Lodewick, P. (1999). Le génogramme dans l'expertise psychosociale. Dans J. Gauvreau (dir.), *Cartes et relations* (p.12-19). Collège international pour l'étude du changement dans les politiques sociales.

Lundy, B., Field, T., Cigales, M. et Cuadra, A. (1997). Vocal and facial expression matching in infants of mothers with depressive symptoms. *Infant Mental Health Journal*, 18, 265-273.

Lyons-Ruth, K., Wolfe, R. et Lyubchik, A. (2000). Depression and the parenting of young children: Making the case for early preventive mental health services. *Harvard Review Psychiatry*, 8, 148-153.

Mackinnon, A., Henderson, A.S. et Andrews, G. (1993). Parental 'affectionless control' as an antecedent to adult depression: A risk factor refined. *Psychological Medicine*, 23, 135-141.

Masia, C. L. et Morris, T. L. (1998). Parental factors associated with social anxiety: Methodological limitations and suggestions for integrated behavioral research. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5, 211-228.

- Mason, C. (2006). Helping parents with mental illnesses and their children : a call for family-focused mental health care. *Journal of psychosocial nursing*, 44(7), 36-41.
- Matterjat, F. et Remschmidt, H. (2008). The children of mentally ill parents. *Deutsches Ärzteblatt International*, 105, 413-418.
- McClure, E. B., Brennan, P. A., Hammen, C. et Le Brocque, R. M. (2001). Parental anxiety disorders, child anxiety disorders, and the perceived parent-child relationship in an Australian high-risk sample. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29, 1–10.
- Mendlowitz, S. L., Manassis, K., Bradley, S., Scapillato, D., Miezitis, S. et Shaw, B. F. (1999). Cognitive-behavioral group treatments in childhood anxiety disorders: The role of parental involvement. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(10), 1223-1229.
- Merikangas, K. R., Avenevoli, S., Dierker, L. et Grillon, C. (1999). Vulnerability factors among children at risk for anxiety disorders. *Biological Psychiatry*, 46, 1523–1535.
- Miklowitz, D., Simineau, T. L., George, E. L., Richards, J. A., Kalbag, A., Sachs- Ericsson, N. et Suddath, R. (2000). Family-focused treatment of bipolar disorder: 1 year effects of a psychoeducational program in conjunction with pharmacotherapy. *Biological Psychiatry*, 48, 582–592.
- Miller, A., Glinski, J., Woodbury, K. A., Mitchell, A. G. et Indik, J. (2002). Family therapy and dialectical behavior therapy with adolescents: Part I: Proposing a clinical synthesis. *American Journal of Psychotherapy*, 56, 568–584.
- Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*. Cambridge, MA: Harvard Press.
- Minuchin, S. (1979). *Familles en thérapie*. Québec : Édition France-Amérique, 281 p.
- Modrow, J. (1995). *How to become a schizophrenic*. Everett, WA: Apollyon Press.
- Mohr, W. (2000). Partnering with families. *Journal of Psychosocial Nursing*, 38, 15–22.
- Montalvo, B. (1974). *The Initial Interview : The Gordons and Braulio Montalvo*. Dans Minuchin, S. (dir.), *Families and Family Therapy* (p. 206), Cambridge, Harvard : University Press.
- Montgomery, P., Tompkins, C., Forchuk, C. et French, S. B. (2006). Keeping close: Mothering with serious mental illness. *Journal of Advanced Nursing*, 54(1), 20-28.
- Moran, G. et Diamond, G. (2008). Generating non-negative attitudes among parents of depressed adolescents: the power of empathy, concern and positive regard. *Psychotherapy Research*, 18, 97–107.
- Morin, A. J. S. et Chalfoun, C. (2003). La prévention de la dépression: l'état actuel des connaissances. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 44, 39–60.

- Morris, S. K. et Schinke, S. P. (1990). Treatment needs and services for mothers with a dual diagnosis: Substance abuse and mental illness. *Journal of Offender Counseling, Services & Rehabilitation*, 15, 65-84.
- Morval, V.-G. (1985). *Psychologie de la famille*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal, 168 pages.
- Mowbray, C T. et Oyserman, D. (2003). Substance abuse in children of parents with mental illness: Risks, resiliency, and best prevention practices. *The Journal of Primary Prevention*, 23, 451-482.
- Mowbray, C. T., Oyserman, D. et Bybee, D. (2000). Mothers with serious mental illness. Dans F.J. Frese (dir.), *The role of organized psychology in treatment of the seriously mentally ill. New directions for mental health services (No. 88, pp. 73-91)*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Mowbray, C., Oyserman, D., Bybee, D. et MacFarlane, P. (2002). Parenting of mothers with a serious mental illness: Differential effects of diagnosis, clinical history, and other mental health variables. *Social Work Research*, 26, 225–240.
- Mowbray, C T., Oyserman, D. et Ross, S. (1995). Parenting and the significance of children for women with a serious mental illness. *The Journal of Mental Health Administration*, 22, 139-200.
- Mueser, K.T., Torrey, W.C., Lynde, D., Singer, P. et Drake, R.E. (2003). Implementing evidence-based practices for people with severe mental illness. *Behavior Modification*, 27, 387-411.
- Mufson, L., Moreau, D., Weissman, M. M., Wickramaratne, P., Martin, J. et Samoilov, A. (1994). Modification of inter- personal psychotherapy with depressed adolescents (IPT-A): Phase I and II studies. *Journal of the American Academy of Child and Adolescents Psychiatry*, 33(5), 695–705.
- Mufson, L., Weissman, M. M., Moreau, D. et Garfinkel, R. (1999). Efficacy of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 57, 573– 579.
- Mullick, M., Miller, L. J. et Jacobsen, T. (2001). Insight into mental illness and child maltreatment risk among mothers with major psychiatric disorders. *Psychiatric Services*, 52, 488-492.
- Murphy, P. F. (2001). *Studs tools and the family jewels: Metaphors men live by*. Wisconsin: University of Wisconsin Press.
- Murray, L., Cooper, P. et Hipwell, A. (2003). Mental health of parents caring for infants. *Archives of Women's Mental Health*, 6(2), 71-77.

- Nair, S. et Morrison, M. F. (2000). The evaluation of maternal competency. *Psychosomatics*, 41, 523-530.
- Nauta, M. H., Scholing, A., Emmelkamp, P. M. G. et Minderaa, R. B. (2001). Cognitive-behavioural therapy for anxiety disordered children in a clinical setting; Does additional cognitive parent training enhance treatment effectiveness? *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 8, 330-340.
- Nauta, M. H., Scholing, A., Emmelkamp, P. M. G. et Minderaa, R. B. (2003). Cognitive-behavioral therapy for children with anxiety disorders in a clinical setting: No additional effect of a cognitive parent training. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 1270-1278.
- Nicholson, J., Biebel, K., Hinden, B. R., Henry, A. D. et Stier, L. (2001). Critical issues for parents with mental illness and their families. SAMHSA's National Mental Health Information Center: The Center for Mental Health Services. Consulté le 31 janvier 2012 au <http://www.mentalhealth.org/publications/allpubs/KEN-01-0109/default.asp>
- Nicholson, J., Geller, J. L. et Fisher, W. H. (1996). Sylvia Frumkin has a baby: A case study for policymakers. *Psychiatric Services*, 47, 497-501.
- Nicholson, J. et Henry, A. D. (2003). Achieving the goal of evidence-based psychiatric rehabilitation practices for mothers with mental illnesses. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27, 122-130.
- Nicholson, J., Sweeney, E. M. et Geller, J. L. (1998). Mothers with mental illness: I. The competing demands of parenting and living with mental illness. *Psychiatric Services*, 4, 635-642.
- Nicholson, J., Sweeney, E. M. et Geller, J. L. (1998). Mothers with mental illness: II. Family relationships and the context of parenting. *Psychiatric Services*, 49, 643-649.
- Nomura, Y., Wickramaratne, P. J., Warner, V., Mufson, L. et Weissman, M. M. (2002). Family discord, parental depression, and psychopathology in offspring: Ten-year follow-up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 402-409.
- Olson, D.H. (1986). Circumplex Model VII : Validation studies and FACES III. *Family process*, 25, p.337-351.
- Olson, D.H., Russel, C. S. et Sprenkle, D. H. (1989). *Circumplex Model : systemic assessment and treatment of families*. New York : Haworth Press, 296 pages.
- Ostman, M. et Hansson, L. (2002). Children in families with a severely mentally ill member: prevalence and needs for support, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37(5), 243-248.
- Oyserman, D., Bybee, D. et Mowbray, C. (2002). Influences of maternal mental illness on

- psychological outcomes for adolescent children. *Journal of Adolescence*, 25, 587–602.
- Oyserman, D., Bybee, D., Mowbray, C. et Hart-Johnson, T. (2005). When mothers have serious mental health problems: parenting as a proximal mediator. *Journal of Adolescence*, 28, 443–463.
- Oyserman, D., Bybee D., Mowbray, C. et MacFarlane, P. (2002). Positive parenting among african american mothers with a serious mental illness. *Journal of Marriage and Family*, 64, 65-77.
- Oyserman, D., Mowbray, C. T., Meares, P. A. et Ferminger, K. B. (2000). Parenting among mothers with a serious mental illness, *American Journal of Orthopsychiatry*, 70(3), 296-314.
- Oyserman, D., Mowbray, C. T. et Zemencuk, J. K. (1994). Resources and supports for mothers with severe mental illness, *Health and Social Work*, 19(2), 132-143.
- Parker, G., Roussos, J., Hadzi Pavlovic, D., Mitchell, P., Wilhelm, K. et Austin, M.P. (1997). The development of a refined measure of dysfunctional parenting and assessment of its relevance in patients with affective disorders. *Psychological Medicine*, 27, 1193–1203.
- Pasquariella, B., Berlin, N. et Lobel, J. (1996). The P.A.C.T. Therapeutic Unit: Treating mentally ill parents and their children together in a therapeutic nursery. Dans A.B. Zelman (dir.), *Early intervention with high-risk children: Freeing prisoners of circumstance* (p. 227–260). Northvale, NJ: Aronson, Inc.
- Pauzé, R. (1995). Présentation de modèles théoriques qui ont influencé les pratiques des thérapeutes familiaux systémiques. *Intervention*, 100, 31-40.
- Perreault, M., Provencher, H., St-Onge, M. et Rousseau, M. (2002). Le point de vue des aidants familiaux sur les services en santé mentale offerts à leurs proches, *Santé mentale au Québec*, 27(2), 198-214.
- Phillips, N. K., Hammen, C. L., Brennan, P. A., Najman, J. M. et Bor, W. (2005). Early adversity and the prospective prediction of depressive and anxiety disorders in adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33, 13–24.
- Piché, G., Bergeron, L. et Cyr, M. (2008). Transmission intergénérationnelle des troubles intériorisés : modèles théoriques et recherches empiriques. *Canadian Psychology*, 49(4), 309–322. doi : 10.1037/a0013995
- Pilowsky, D. J. M., Wickramaratne, P., Nomura, Y. P. et Weissman, M. M. P. (2006). Family discord, parental depression, and psychopathology in offspring: 20-year follow-up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45, 452–460.
- Pitman, E. et Matthey, S. (2004). The SMILES Program : A group program for children with mentally ill parents or siblings, *American Journal of Orthopsychiatry*, 74(3), 383-388.

- Pomerleau, A., Malcuit, G., Charest, S., Moreau, J., Lamarre, G. et Diorio, G. (2000). *Prévention de l'abus et de la négligence envers les enfants auprès de jeunes familles à risque: expérience de partenariat en Montérégie*, Présenté au Conseil Québécois de la Recherche Sociale.
- Powers, S. I. et Welsh, D. P. (1999). Mother–Daughter interactions and adolescent girls' depression. Dans M. J. Cox et J. Brooks- Gunn (dir.), *Conflict and cohesion in families: Causes and consequences* (p. 243–282). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Puig-Antich, J., Lukens, E., Davies, M., Goetz, D., Brennan-Quattroch, J. et Todak, G. (1985). Psychosocial functioning in prepubertal major depressive disorders: I. Interpersonal relationships during the depressive episode. *Archives of General Psychiatry*, 42, 500–507.
- Puig-Antich, J., Lukens, E., Davies, M., Goetz, D., Brennan-Quattroch, J. et Todak, G. (1985). Psychosocial functioning in prepubertal major depressive disorders: II. Interpersonal relationships after sustained recovery from affective episode. *Archives of General Psychiatry*, 42, 511–517.
- Rapee, R. M. (1997). Potential role of childrearing practices in the development of anxiety and depression. *Clinical Psychology Review*, 17(1), 47-67.
- Rapee, R. M. (2001). The development of generalised anxiety. Dans M. W. Vasey et M. R. Dadds (dir.), *The developmental psychopathology of anxiety* (pp. 481-503). New York: Oxford University Press.
- Rapport annuel du conseil d'administration du CSSS Lucille-Teasdale (2010-2011). Repéré à [http://www.cssslucilleteasdale.qc.ca/fileadmin/csss\\_lteas/Publications/publication\\_CSSS/pdf/Rapportannuel-final-2011.pdf](http://www.cssslucilleteasdale.qc.ca/fileadmin/csss_lteas/Publications/publication_CSSS/pdf/Rapportannuel-final-2011.pdf).
- Reupert, A. et Maybery, D. (2009). Fathers' experience of parenting with a mental illness. *Families in Society*, 90, 61-68.
- Reynolds, W. M. et Coates, K. I. (1986). A comparison of cognitive– behavioral therapy and relaxation training for the treatment of depression in adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 653–660.
- Rice, F., Harold, G. et Thapar, A. (2002). The genetic aetiology of childhood depression: A review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43, 65–79.
- Riebschleger, J. (2004). *Good days and bad days : the experiences of children of a parent with a psychiatric disability*, Document non publié.
- Riebschleger, J. (2005). Mental health professionals' contact with family members of people with psychiatric disabilities. *Families in Society*, 86, 9-16.
- Ritscher, J., Coursey, R. et Farrell, E. (1997). A survey on issues in the lives of women with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 48, 1273–1282.

- Robichaud, J.-B., Guay, L., Colin, C., Pohtier, M. et Saucier, J.-F. (1994). *Les liens entre la pauvreté et la santé mentale: De l'exclusion à l'équité*, Comité de la santé mentale du Québec, Montréal : Gaëtan Morin.
- Robinson, J. A. L., Kagan, J., Reznick, J. S. et Corley, R. (1992). The heritability of inhibited and uninhibited behavior: A twin study. *Developmental Psychology*, 28, 1030-1037.
- Rodnick, E. H. et Goldstein, M. J. (1974). Premorbid Adjustment and the Recovery of Mothering Function in Acute Schizophrenic Women. *Journal of Abnormal Psychology*, 83, 623-628.
- Rogosch, F. A., Mowbray, C. T. et Bogat, G. A. (1992). Determinants of parenting attitudes in mothers with severe psychopathology. *Development and Psychopathology*, 4, 469-487.
- Rose, L., Mallinson, R. et Walton-Moss, B. (2004). Barriers to family care in psychiatric settings. *Journal of Nursing Scholarship*, 36, 39-47.
- Rossello, J. et Bernal, G. (1999). The efficacy of cognitive-behavioral and interpersonal treatments for depression in Puerto Rican adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(5), 734-745.
- Rutter, M. (2000). Psychosocial influences: Critiques, findings and re-search needs. *Development and Psychopathology*, 12, 375-405.
- Rutter, M., Moffitt, T. E. et Caspi, A. (2006). Gene-environment interplay and psychopathology: Multiple varieties but real effects. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 226-261.
- Safnuk, T., Clatney, L., Jurgens, D., Hay, D. et Kluger, J. (2002). *Integrating services for families with affective disorder: Implementing and evaluating a preventive intervention program in Saskatchewan*, University of Saskatchewan.
- Saint-Laurent, D. (1993). *L'état de santé perçu et les habitudes de vie des co-résidents de personnes présentant des troubles mentaux*, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la planification et de l'évaluation, Gouvernement du Québec.
- Sanford, M., Boyle, M., McCleary, L., Miller, M., Steele, M., Duku, E. et Offord, D. (2006). A pilot study of adjunctive family psychoeducation in adolescent major depression: feasibility and treatment effect. *Journal of American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 45, 386-395.
- Savvidou, I., Bozikas, V. P., Hatzigeleki, S. et Karavatos, A. (2003). Narratives about their children by mothers hospitalized on a psychiatric unit. *Family Process*, 42, 391-402.
- Seifer, R., Sameroff, A. J., Dickstein, S., Keitner, G. et Miller, I. (1996). Parental psychopathology, multiple contextual risks, and one-year outcomes in children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 25, 423-435.

- Shortt, A., Barrett, P. M. et Fox, T. (2001). Evaluating the FRIENDS program: A cognitive-behavioral group treatment for anxious children and their parents. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30, 525-535.
- Smetana, J. et Dillard, J. P. (1992). Adolescents' and parents' conceptions of parental authority and personal autonomy. *Child Development*, 65, 1147-1162.
- Spence, S. H., Donovan, C. et Brechman-Toussaint, M. L. (2000). The treatment of childhood social phobia: The effectiveness of a social skills training-based, cognitive-behavioural intervention, with and without parental involvement. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 41(6), 713-726.
- Stallard, P., Norman, P., Huline-Dickens, S., Salter, E. et Cribb, J. (2004). The effects of parental mental illness upon children : A descriptive study of the views of parents and children, *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 9(1), 39-52.
- Stein, M. B., Jang, K. L. et Livesley, W. J. (2002). Heritability of social anxiety-related concerns and personality characteristics: A twin study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 190, 219-224.
- Steinberg, L. (1990). Autonomy, conflict and harmony in the family relationships. Dans S. S. Feldman et G. R. Elliot (dir.), *At the threshold: The developing adolescent* (p. 255-276). Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Stice, E. et Whitenton, K. (2002). Risk factors for body dissatisfaction in adolescent girls: A longitudinal investigation. *Developmental Psychology*, 38, 669-678.
- Sturges, J. (1977). Children's reactions to mental illness in the family. *Social Casework*, 59, 530-536.
- TADS. (2007). Treatment for Adolescents with Depression Study Team. *Archives of General Psychiatry*, 64, 1132-1143.
- TenHave, T. R., Coyne, J., Salzer, M. et Katz, I. (2003). Research to improve the quality of care for depression: Alternatives to the simple randomized clinical trial. *General Hospital Psychiatry*, 25, 115-123.
- Teti, D. M., O'Connell, M. A. et Reiner, C. D. (1996). Parenting sensitivity, parental depression and child health: The mediational role of parental self-efficacy. *Early Development and Parenting*, 5, 237-250.
- Thomas, L. et Kalucy, R. (2003). Parents with mental illness: Lacking motivation to parent. *International Journal of Mental Health Nursing*, 12, 153-157.
- Thorpe, L., Whitney, D. K., Kutcher, S. P. et Kennedy, S. H. (2001). Clinical guidelines for the

treatment of depressive disorders. VI. Special populations. *Canadian Journal Psychiatry*, 46(1), 63-76.

- Trapolini, T., Ungerer, J. et McMahon, C. (2008). Maternal depression: Relations with maternal caregiving representations and emotional availability during the preschool years. *Attachment & Human Development*, 10(1), 73-90. doi: 10.1080/14616730801900712.
- Trowell, J., Joffe, I., Campbell, J., Clemente, C., Almqvist, F. et Soininen, M. (2007). Childhood depression: a place for psychotherapy: an outcome study comparing individual psychodynamic psychotherapy and family therapy. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 16, 157-167.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., Roberson-Nay, R. et Tervo, K. (2002). Parenting behaviors in parents with anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 541-554.
- Ueno, R. et Kamibeppu, K. (2008). Narratives by Japanese mothers with chronic mental illness in the Tokyo metropolitan area: Their feelings toward their children and perceptions of their children's feelings. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 196, 522-530.
- Van-Doesum, K. T. M., Hosman, C. M. H. et Riksen-Walraven, J. M. (2005). A model-based intervention for depressed mothers and their infants. *Infant Journal of Mental Health*, 26, 157-176.
- Villeneuve, C., Bourgeois, J., Martin, E., Paquette, D., Savoie, M. et Bélanger, C. (2007). Comment survivre quand on traite des familles dites résistantes. *Thérapie familiale*, 28(2), 91-100.
- Vitaro, F., Assaad, J.-M. et Carbonneau, R. (2004). *Les enfants de parents affectés d'une dépendance : Bilan des connaissances et leçons pour l'intervention*, Repéré sur le site du Comité permanent de lutte à la toxicomanie : <http://www.horizons.asso.fr/download/enfantsdeparentsdep.pdf>.
- Von Bertalanffy, L. (1973). *Théorie générale des systèmes*. Dunod : Paris, 308 pages.
- Walsh, C, MacMillan, H. et Jamieson, E. (2002). The relationship between parental psychiatric disorder and child physical and sexual abuse: Findings from the Ontario Health Supplement. *Child Abuse and Neglect*, 26(1), 11-22.
- Warner, V., Mufson, L. et Weissman, M. M. (1995). Offspring at high and low risk for depression and anxiety: Mechanisms of psychiatric disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 786-797.
- Warren, S. L., Gunnar, M. R., Kagan, J., Anders, T. F., Simmens, S. J., Rones, M. et Srouffe, L.A. (2003). Maternal panic disorder: Infant temperament, neurophysiology, and parenting behaviors. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 814-825.

- Watzlawick, P., Beavin, J.H. et Jackson, D.D. (1972). *Une logique de la communication*. Paris : Éditions du Seuil, 286 p.
- Weissman, M. M. et Paykel, E. S. (1974). *The depressed woman: A study of social relationships*. Chicago: University of Chicago Press.
- Weissman, M., Warner, V., Wickramaratne, P., Moreau, D. et Olfson, M. (1997). Offspring of depressed parents: 10 years later. *Archives of General Psychiatry*, 54, 932–940.
- Weissman, M. M., Wickramaratne, P., Nomura, Y., Warner, V., Verdeli, H. et Pilowsky, D. J. (2005). Families at high and low risk for depression: A 3-generation study. *Archives of General Psychiatry*, 62, 29–36.
- White, D., Jobin, L., McCann, D. et Morin, P. (2002). *Pour sortir des sentiers battus, l'action intersectorielle en santé mentale*. Montréal : Les publications du Québec.
- Wickramaratne, P. J., Greenwald, S. et Weissman, M. M. (2000). Psychiatric disorders in the relatives of probands with prepubertal-onset or adolescent-onset major depression. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 1396–1405.
- Wickramaratne, P. J. et Weissman, M. M. (1998). Onset of psychopathology in offspring by developmental phase and parental depression. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 933–942.
- Wickramaratne, P. et Weissman, M. (2005). Onset of psychopathology in offspring by developmental phase and parental depression. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37, 933–942.
- Wiener, N. (1952). *Cybernétique et société*. France : Union Générale d'Éditions, 295 pages.
- Wilson, L. et Crowe, M. (2009). Parenting with a diagnosis bipolar disorder. *Journal of Advanced Nursing*, 65, 877-884. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04954.x.
- Wood, J., McLeod, B. D., Sigman, M., Hwang, W. -C. et Chu, B. C. (2003). Parenting and childhood anxiety: Theory, empirical findings, and future directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44, 134-151.
- Wolfe, D.A. (1999). *Child Abuse: Implications for Child Development and Psychopathology* (2<sup>e</sup> éd.). Sage, Thousand Oaks : CA.
- Young, M. E. et Fristad, M. A. (2007). Evidence based treatments for bipolar disorder in children and adolescents. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 37, 157–164.

## ANNEXE A : STRUCTURE FAMILIALE BALANCÉE ET NON-BALANCÉE

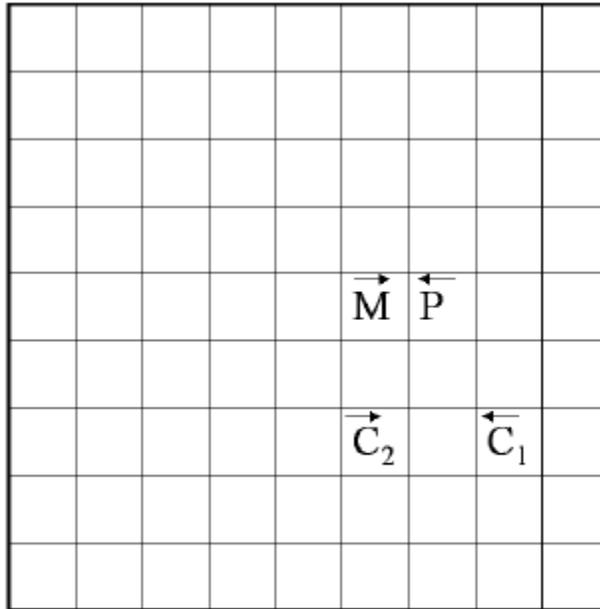
Structure balancée :

### Balanced Structure

Click here to see:

[a labile-balanced structure](#)

[an unbalanced structure](#)



P = Father figure

M = Mother figure

C = Child figure (number indicates birth order)

→ = Direction in which figures are facing

H = Height of figures

1 = Small-sized block

2 = Medium-sized block

3 = Large-sized block

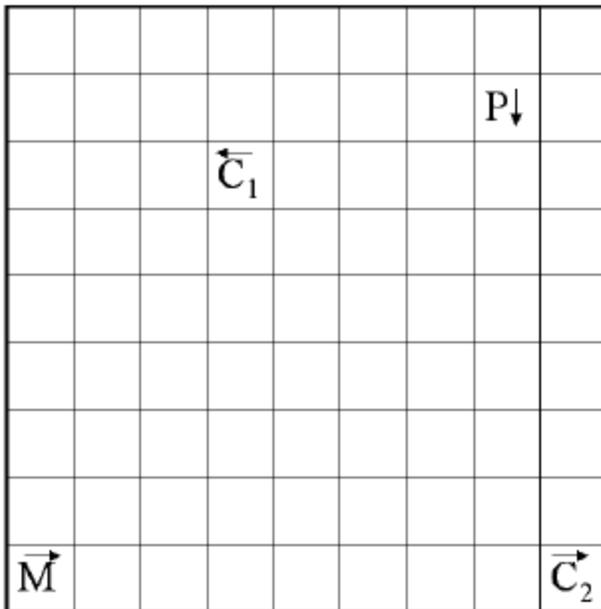
	P	M	C <sub>1</sub>	C <sub>2</sub>
H	3	3	2	1

Structure non balancée :

## Unbalanced Structure

Click here to see:

[a balanced structure](#)  
[a labile-balanced structure](#)



P = Father figure

M = Mother figure

C = Child figure (number indicates birth order)

→ = Direction in which figures are facing

H = Height of figures

1 = Small-sized block

2 = Medium-sized block

3 = Large-sized block

0 = No power block

	P	M	C <sub>1</sub>	C <sub>2</sub>
H	1	0	3	2

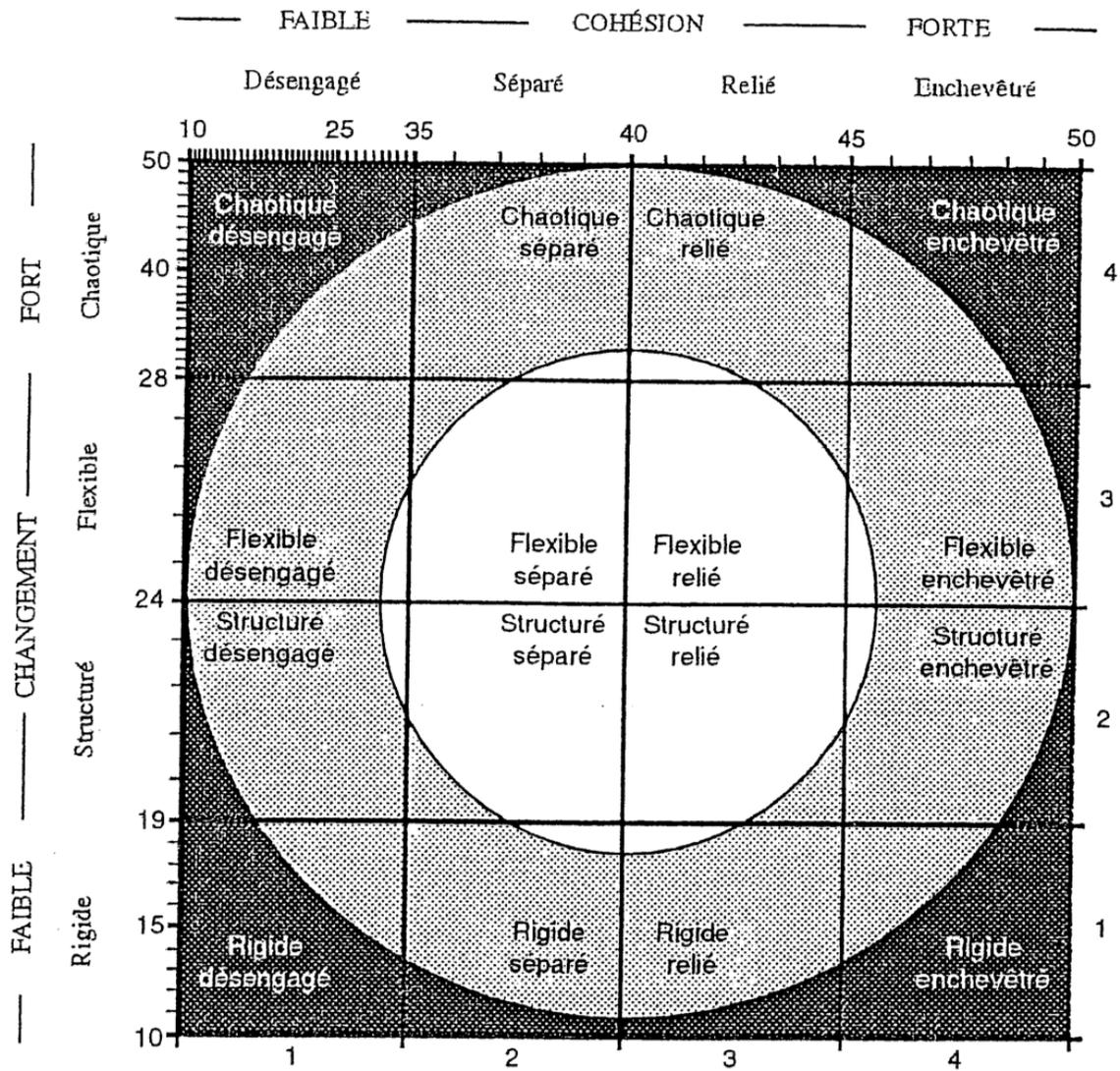


Fig. 4.3: Le modèle circomplexe de D.H. Olson.

## **ANNEXE C : ENTRETIEN D'ACCUEIL**

### Avant la prise de contact téléphonique

- Lecture des dossiers : soulever les choses importantes dans l'optique de remplir le rapport -> se faire une tête.
- Discussion avec l'autre personne assignée au dossier si c'est le cas : planification des rencontres (s'entendre sur des disponibilités, des plages horaires communes, 2-3).

### Prise de contact téléphonique

- Se présenter en faisant référence à la demande, valider la demande.
- Expliquer notre rôle.
- Explorer le problème de façon sommaire.
- Identifier toutes les personnes impliquées dans le système.
- Fixer une première entrevue en précisant qui nous voulons rencontrer (le plus de membre du système pour la première rencontre, savoir s'il sera possible de réunir les deux parents, s'ils sont séparés, afin de faire l'évaluation, avoir la participation du papa, insister sur le fait qu'on a besoin de son avis, dire que ça fait partie de notre façon de travailler, votre enfant a deux parents, si incapable-> faire l'évaluation séparés (père-enfant et mère-enfant + deux rencontres bilan), dire la procédure globale.
- Donner les instructions précises pour le rendez-vous.
- Dire qui sera présent lors de la rencontre.
- Expliquer ce qui va se passer.
- Appuyer le parent au besoin à inciter les autres à venir (j'ai besoin de l'avis de...).
- Confirmer au besoin certaines informations sur la demande.
- Ne pas valider les médisances à propos d'interventions passées plutôt valider le sentiment sous-jacent, laisser ventiler.
- Au besoin, ouvrir une porte de sortie (il s'agit de services volontaires).
- Confirmer avec l'autre intervenant si nécessaire.

### **L'entretien d'accueil**

Mots importants : circularité, curiosité, laisser-aller, suivre le rythme de la famille, il faut que les parents se sentent en sécurité, mettre la famille à l'aise, laisser la famille libre de parler de ce qu'elle veut et prêter une attention particulière aux messages non-verbaux qui accompagnent le discours, s'intéresser à tous les membres, faire en sorte que le point de vue de chacun soit entendu et que les sujets controversés puissent être abordés sans qu'il y ait de conséquences fâcheuses, apporter de l'espoir, l'expérience doit être positive, maintenir un équilibre entre chaleur et professionnalisme, conserver une attitude empathique.

Accueil : Exposer la nature de l'entretien et sa raison d'être

Référent :

- Approfondir le cheminement de la demande : Qui ? Quand ? Qu'est-ce qu'ils ont compris de la demande de service ?
- Comment la famille voit la démarche ?
- Résumer la demande

Motifs de la consultation : Pourquoi ?

- Qu'est-ce qui les amène ici, en consultation ? Explorer la demande, les services antérieurs
- Comment c'est arrivé ?
- Qu'est-ce que vous observez à la maison ?

Explorer les symptômes : Recueillir des FAITS (s'il est difficile d'obtenir de l'information dire : Parlez-moi d'une journée «type» dans la vie de votre enfant ?)

- Quand il est apparu ? Dans quel contexte ?
- Quand ça se passe ? Qu'est-ce que vous avez remarqué ? Comment vous réagissez ? Est-ce que ça arrive souvent, tous les jours ?
- Comment chaque membre de la famille comprend le symptôme ? Explorer les hypothèses de chacun des membres, la logique de chacun des membres, comprendre la théorie de chacun des membres.
- Ça vous dit quoi quand votre enfant fait ça ? Et vous, vous réagissez comment face à ces comportements (fâché, sidéré, triste, etc.)
- Observer les comportements/interactions/reactions (tentatives de compréhension, arguments, disqualification, triangulation des enfants)
- Poser des questions de précision pendant les interactions libres
- Recentrer si l'échange tourne en rond (alors si je comprend bien...)

Attentes envers notre service :

- Comment chaque membre de la famille voit, comprend la demande de service ?
- Qu'est-ce que vous voulez qui change ? Comment vous voyez ça ? à chacun des membres

Explorer chacune des sphères (afin d'établir les hypothèses de travail pour plus tard) :

- Personnelle -> intérêts, passions, activités, jeux
- familiale -> stressors familiaux, antécédents
- scolaire -> quelle année, quelle école, les amis, notes, aime-t-il (elle) l'école ? Comment il trouve l'école ?

Explorer la motivation : si on ne vous avait pas référé seriez-vous venus ? Si oui pourquoi ? Sinon pourquoi ?

Terminer l'entretien avec les forces de l'enfant, ses qualités (terminer par du positif), renforcement positif, refléter continuellement les forces.

Explication des services SMJ METTRE LE CADRE : il faut que les parents sachent dans quoi ils sont, dans quoi ils se sont embarqués.

- Première rencontre : on va apprendre à se connaître. Après la première rencontre les autres auront lieu seul avec votre enfant et avec vous.
- 4 rencontres d'évaluation, puis ensuite il y aura une rencontre bilan, tout le monde va se retrouver.
- On va regarder la dynamique, votre histoire familiale, votre relation avec votre enfant.
- Ensuite nous allons évaluer si c'est notre équipe qui est la mieux placée pour vous aider, sinon on va s'assurer que vous obteniez les services nécessaires.
- Planifier la prochaine rencontre : le plus possible le même jour, la même heure, pour au moins 2 rencontres afin d'établir une certaine stabilité.

S'ouvrir aux questions à la fin si la famille a besoin de précision.

## ANNEXE D : INSTRUCTIONS DU FAST

Consigne de départ : chacun des membres va représenter sa famille, à tour de rôle, telle qu'il la perçoit, dans trois situations différentes (typique, idéale et conflictuelle). Si vous voulez dire quelque chose, je vous demande d'attendre que le membre de la famille ait terminé sa représentation. Après chaque représentation, je vous poserai des questions et vous demanderai de vous exprimer à tour de rôle.

- 1) L'intervenant montre le matériel de l'outil aux membres de la famille et effectue les remarques suivantes :
  - a. Aujourd'hui, je vous propose un outil que l'on utilise pour représenter les relations familiales. À l'aide de la planche de jeu, des figurines et des blocs de différentes hauteurs, vous pouvez montrer comment les membres de votre famille sont proches les uns des autres (prendre les figurines et le montrer) et quelle influence chaque membre a sur la famille. Il est important de noter que les membres d'une même famille peuvent évaluer leurs relations différemment.
- 2) L'intervenant explique maintenant le concept de la cohésion à la famille :
  - a. Voici les figurines utilisées pour représenter les hommes (montrer la figurine) et les femmes (la montrer) de votre famille. En disposant les figurines sur la planche, chacun des membres de la famille pourra montrer comment ils sont proches les uns des autres. Vous pouvez utiliser tout l'espace de la planche de jeu.
- 3) L'intervenant place alors deux figurines l'une à côté de l'autre, sur deux carreaux adjacents (la distance minimale) et dit :
  - a. Cette représentation illustre que deux membres de la famille ont une relation très proche l'un de l'autre.
- 4) Ensuite, l'intervenant place les deux mêmes figurines sur une diagonale (correspondant à la deuxième distance la plus près) et déplace les figurines jusqu'aux extrémités de cette même diagonale (correspondant à la distance la plus grande) et dit :
  - a. Plus les figurines sont distancées sur la planche, plus les membres de votre famille sont éloignés émotionnellement. À cet effet, placer les figurines sur une diagonale opposée signifie que vous pensez que la relation entre deux membres de votre famille n'est pas proche.
- 5) L'intervenant explique maintenant le concept de la hiérarchie familiale en utilisant les deux figurines déjà sur la planche de jeu :
  - a. Voici trois blocs de différentes hauteurs que vous allez utiliser pour élever vos figurines. Vous pouvez utiliser ces blocs pour représenter le pouvoir de chacun des membres de votre famille. Plus la figurine est installée haute, plus cela signifie qu'elle a du pouvoir sur la famille. Vous pouvez utiliser le nombre de blocs que vous voulez pour élever les figurines.
- 6) L'intervenant démontre ce concept en élevant une des deux figurines avec un bloc de hauteur minimale (correspondant à la plus petite hauteur) et dit :
  - a. Ceci veut dire que les deux membres de la famille ont peu de pouvoir (influence) l'un sur l'autre même s'il existe une petite différence en terme de hauteur. Il y a donc une petite différence de hiérarchie entre les deux membres de la famille.
- 7) L'intervenant montre différentes hauteurs possibles avec les deux figurines en utilisant des blocs de différentes hauteurs.
  - a. Plus il y a une différence de hauteur entre les deux figurines plus il existe de la

hiérarchie entre les membres de la famille (plus une des figurines a du pouvoir sur l'autre)

8) L'intervenant élève les deux figurines à une même hauteur et dit :

a. Si vous placez deux figurines à la même hauteur cela signifie que le pouvoir est égal au sein de la famille (il n'y a pas de hiérarchie)

9) L'intervenant peut ensuite répondre aux questions de la famille.

## ANNEXE E : QUESTIONNAIRE POST-FAST

But de l'utilisation de l'outil : je ne voulais pas démontrer l'efficacité de l'outil FAST en lien avec la thérapie auprès de famille dont deux membres souffrent simultanément d'un problème de santé mentale (est-ce que ça aide à les faire se sentir mieux) mais bien de voir si son utilisation en thérapie est pertinente avec des familles dont deux membres souffrent d'un problème de santé mentale ; si elle permet de dévoiler certains aspects problématiques de ce type de famille.

Dans le cadre de mon projet de stage je me suis inspirée de l'outil FAST. Aujourd'hui, j'aimerais vous poser quelques questions en lien avec cet outil et l'utilisation que nous en avons fait dans le cadre de la thérapie.

- 1) Tout d'abord, est-ce que vous vous souvenez d'avoir utiliser l'outil FAST ici présent ?

Si oui de quoi vous vous souvenez-vous par rapport à cet outil ?

Ex : une des trois situations ou ce dont il a été question lors de ces rencontres... faire élaborer chacun des membres

Si non, j'ai amené avec moi la représentation graphique des trois situations discutées entre nous... laissez-moi vous les montrer... aller jusqu'à montrer une situation pour les faire élaborer... redemandez s'ils s'en souviennent ?

- 2) À la lumière de l'utilisation du FAST, avez-vous appris des choses sur votre famille ? Est-ce que vous avez pris conscience (réaliser certaines choses sur votre famille, ça vous a aidé à voir certaines choses sur votre famille) de certaines caractéristiques sur votre famille ?

Si oui lesquelles ? nommez 2 choses

Si non, qu'est-ce que l'outil vous a apporté ?

\* frontières, processus de différenciation, communication, transmission multigénérationnelle \*

- 3) Est-ce que ça vous a permis de voir votre situation familiale différemment ? est-ce les discussions qui ont découlé de l'outil ont changer votre perception de votre famille ?

Si oui en quoi, comment ?

Si non, comment percevez-vous votre famille ?

- 4) Est-ce que vous croyez que l'utilisation de cet outil (a été pertinente pour votre famille en thérapie) est pertinente en thérapie familiale ?

- 5) Est-ce que vous avez des commentaires sur l'utilisation du FAST ?

Qu'avez-vous apprécié ?

Qu'avez-vous moins aimé ?

## ANNEXE F : QUESTIONNAIRE FAST

Questions associées à l'illustration de la situation familiale habituelle (typique, de la vie de tous les jours) :

- 1) Est-ce que cette représentation montre une situation particulière ? Si oui, laquelle ?
- 2) Depuis combien de temps les relations sont-elles comme elles sont représentées sur la planche de jeu ?
- 3) En quoi les relations telles qu'elles sont illustrées sont-elles différentes de celles qu'elles étaient auparavant ?
- 4) Quelle est la raison qui fait que les relations sont devenues ce qu'elles sont sur la planche ?

Questions associées à l'illustration de la situation familiale idéale :

- 1) Est-ce que cette représentation montre une situation qui s'est déjà produite dans le passé ? Si oui, quelle était cette situation ? Si non, passer à la question 4.
- 2) À quelle fréquence cette situation survient ? Combien de temps elle dure lorsqu'elle survient ?
- 3) Quand cette situation survient (à quel moment) ? C'était quand la dernière fois ?
- 4) Qu'est-ce qu'il faudrait qui arrive pour que les relations typiques (de la vie de tous les jours) correspondent à ce que vous souhaitez dans un monde idéal ?
- 5) À quel point c'est important pour vous ainsi que les membres de votre famille d'arriver à votre famille idéale (avec des relations idéales) ?

Questions associées à l'illustration de la situation familiale conflictuelle :

- 1) Qui sont les personnes impliquées dans le conflit ?
- 2) De quoi est-il question dans le conflit ?
- 3) À quelle fréquence les conflits surviennent et combien de temps durent-ils lorsqu'ils surviennent ?
- 4) À quel moment cette situation est-elle survenue pour la première fois et à quand remonte la dernière fois ?
- 5) À quel point cette situation affecte votre famille ?
- 6) Quels rôles jouent chacun des membres de votre famille dans la résolution de ces conflits ?

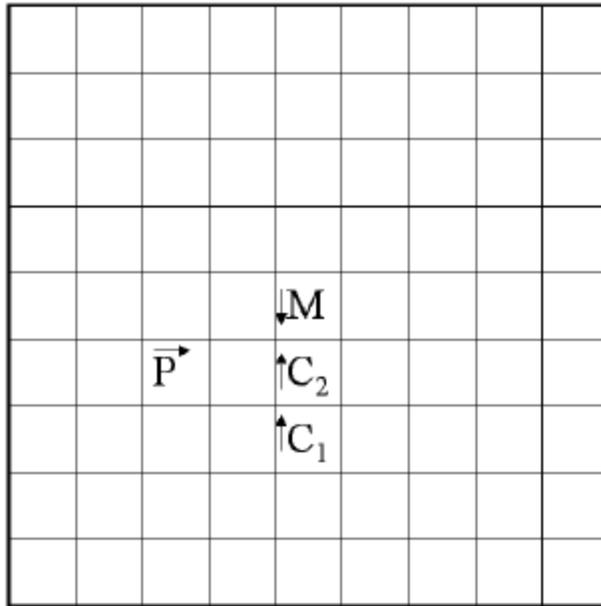
(ma traduction de *follow-up interview to FAST representations* au [www.fast-test.com](http://www.fast-test.com))

## ANNEXE G : EXEMPLE D'UNE STRUCTURE FAMILIALE

Avant la thérapie :

### Before therapy

[Click here to see the family structure after therapy](#)



P = Father figure

M = Mother figure

C = Child figure (number indicates birth order)

→ = Direction in which figures are facing

H = Height of figures

1 = Small-sized block

2 = Medium-sized block

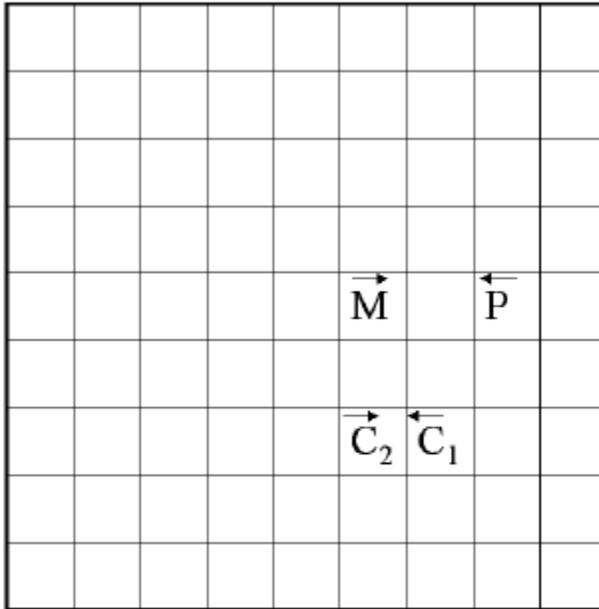
3 = Large-sized block

	P	M	C <sub>1</sub>	C <sub>2</sub>
H	2	3	1	3

Après la thérapie :

### After therapy

[Click here to see the family structure before therapy](#)



P = Father figure

M = Mother figure

C = Child figure (number indicates birth order)

→ = Direction in which figures are facing

H = Height of figures

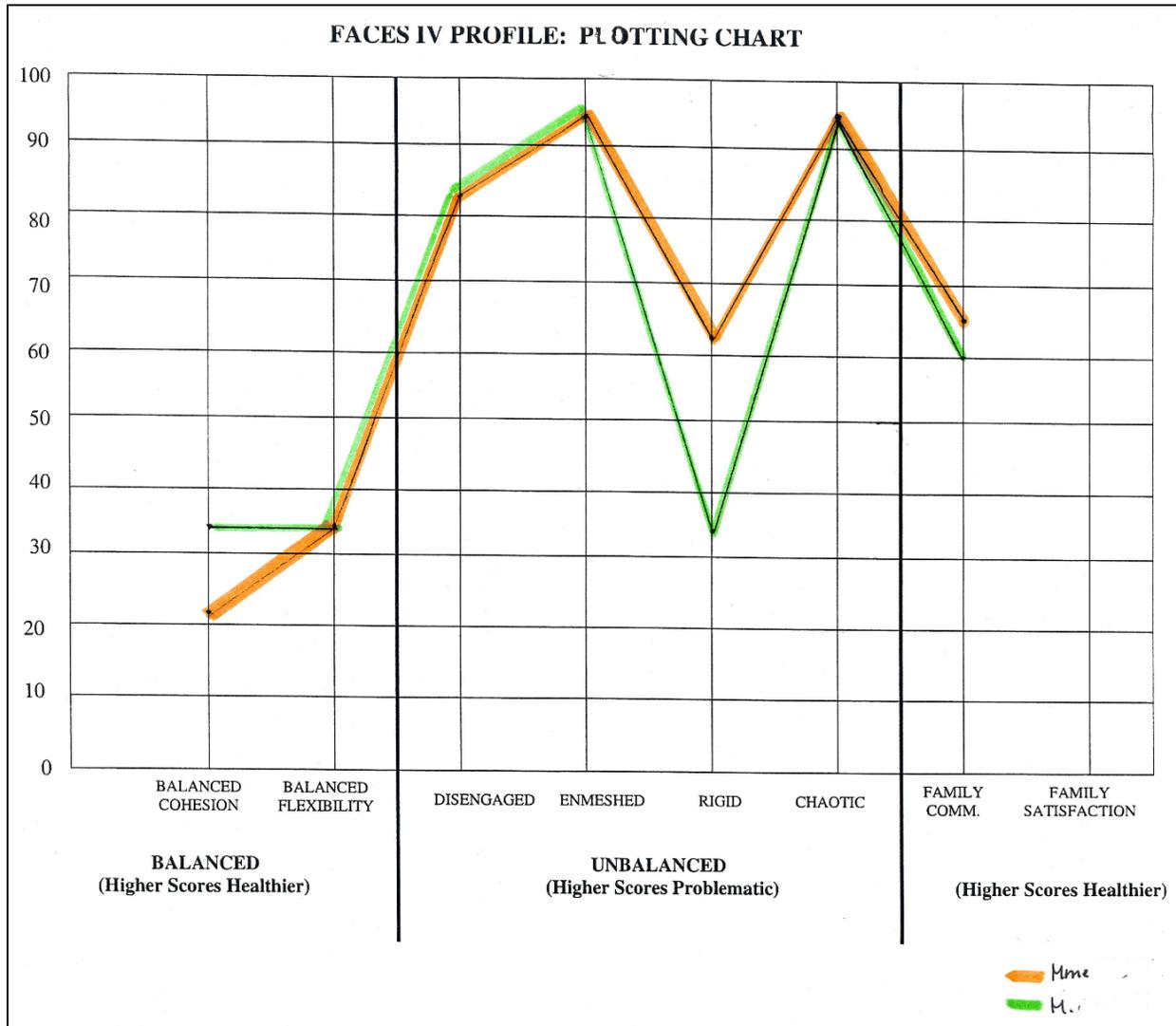
1 = Small-sized block

2 = Medium-sized block

3 = Large-sized block

	P	M	C <sub>1</sub>	C <sub>2</sub>
H	3	3	1	2

# ANNEXE H : GRAPHIQUE DES PARENTS DE MARIANNE



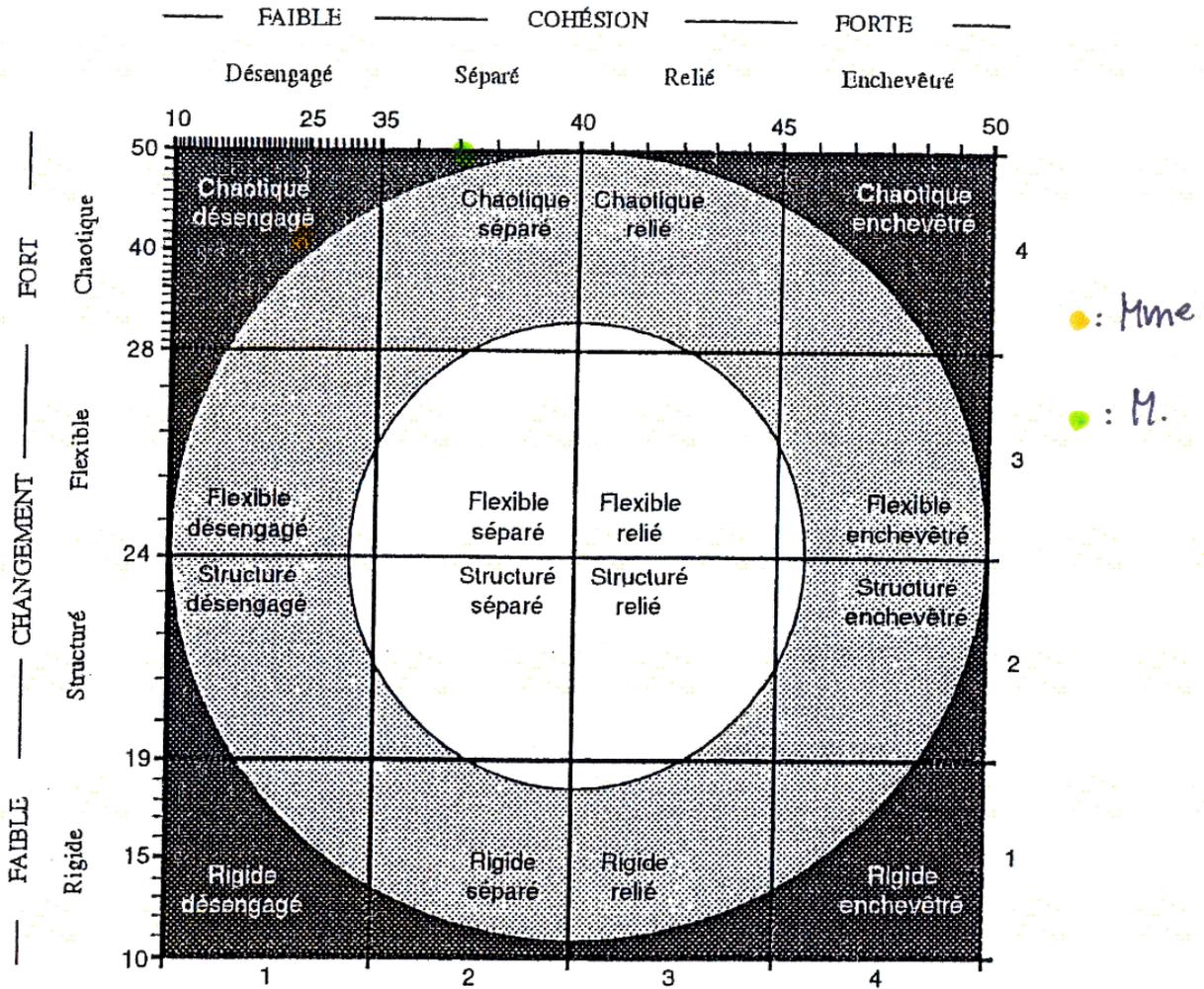


Fig. 4.3: Le modèle circomplexe de D.H. Olson.