

Évaluation pilote d'un programme d'intervention préventive pour les enfants et les familles vivant avec un parent ayant un trouble dépressif

Pilot evaluation of a preventive intervention program targeting children and families living with a parent with a depressive disorder

Geneviève Piché, Kelly Vetri, Aude Villatte, Rima Habib and William R. Beardslee

Volume 51, Number 1, 2022

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1088631ar>

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

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue de Psychoéducation

ISSN

1713-1782 (print)

2371-6053 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Piché, G., Vetri, K., Villatte, A., Habib, R. & Beardslee, W. R. (2022). Évaluation pilote d'un programme d'intervention préventive pour les enfants et les familles vivant avec un parent ayant un trouble dépressif. *Revue de psychoéducation*, 51(1), 115–146. <https://doi.org/10.7202/1088631ar>

Article abstract

Children living with a parent diagnosed with a major depressive disorder are at higher risk of experiencing social, academic and emotional difficulties (Reupert et al., 2012). They also very often have a caregiving role towards their parents (Cooklin, 2010). Abroad, several interventions have been developed for these children and their families in order to promote their resilience. In Quebec, the FAMILLE + program, a targeted preventive intervention for children and families living with a parent with a depressive disorder, was developed in 2018. The content of the program, including its objectives, structure, learning activities and innovative tools proposed will be described. Then, authors will describe the results of a pilot study on the fidelity of the program's implementation, the main factors facilitating and hindering the implementation, as well as the perceived benefits of the program, as perceived by the participants (children and parents) and the facilitators. Finally, research and clinical implications will be discussed.

Évaluation pilote d'un programme d'intervention préventive pour les enfants et les familles vivant avec un parent ayant un trouble dépressif

Pilot evaluation of a preventive intervention program targeting children and families living with a parent with a depressive disorder

G. Piché^{1,2,3}

K. Vetri^{1,2,3}

A. Villatte^{1,2,3}

R. Habib^{1,2}

W. R. Beardslee⁴

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

² Laboratoire de recherche et d'actions pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale et leurs proches (LaPProche)

³ Centre de recherche universitaire sur les jeunes et les familles (CRUJeF)

⁴ Boston Children's Hospital

Résumé

Les enfants vivant avec un parent atteint d'un trouble dépressif majeur sont à plus haut risque de vivre des difficultés sociales, scolaires et émotionnelles (Reupert et al., 2012). Ils se retrouvent également très souvent à avoir un rôle de proche aidant auprès de leur parent (Cooklin, 2010). À l'étranger, entre autres aux États-Unis, en Europe et en Australie, plusieurs interventions ont été développées pour ces enfants et leurs familles dans le but de favoriser leur résilience. Au Québec, le programme FAMILLE+, une intervention préventive ciblée pour les enfants et les familles vivant avec un parent ayant un trouble dépressif, a été développé en 2018. Le contenu du programme, notamment les objectifs, la structure générale, les activités d'apprentissage et les outils novateurs proposés seront détaillés. Puis, les auteurs présenteront les résultats d'une étude pilote de la fidélité de la mise en œuvre du programme, les principaux facteurs facilitant et entravant l'implantation, ainsi que les retombées perçues par les participants (enfants, parents) et les animateurs. Finalement, les implications pour la pratique seront abordées.

Mots-clés : Intervention préventive ciblée, intervention familiale, enfants, santé mentale, dépression.

Abstract

Children living with a parent diagnosed with a major depressive disorder are at higher risk of experiencing social, academic and emotional difficulties (Reupert et al., 2012). They also very often have a caregiving role towards their parents (Cooklin, 2010). Abroad, several interventions have been developed for these children and their families in order to promote their resilience. In Quebec, the FAMILLE+ program, a targeted preventive intervention for children and families living with a parent with a depressive disorder, was developed in 2018. The content of the program, including its objectives, structure, learning activities and innovative tools proposed will be described. Then, authors

Correspondance :

Geneviève Piché

genevieve.piche@uqo.ca

will describe the results of a pilot study on the fidelity of the program's implementation, the main factors facilitating and hindering the implementation, as well as the perceived benefits of the program, as perceived by the participants (children and parents) and the facilitators. Finally, research and clinical implications will be discussed.

Keywords: Targeted preventive intervention, family intervention, children, mental health, depression.

Introduction

Le Trouble dépressif majeur (TDM) est l'un des troubles mentaux les plus prévalents au sein de la population générale. Au Canada, plus d'un adulte sur dix (11,3 %) a rapporté avoir eu un épisode dépressif majeur au cours de sa vie et 4,7 % au cours de la dernière année (Knoll et MacLennan, 2017). En plus de leurs impacts financiers et sociaux considérables (Organisation mondiale de la santé, 2020), les manifestations d'un TDM peuvent nuire à l'exercice de la parentalité, notamment dans la capacité du parent à répondre adéquatement et quotidiennement aux besoins émotionnels, éducatifs et de supervision de l'enfant (Piché et Villatte, 2021; Reupert et al., 2012).

Impacts familiaux de la présence d'un TDM chez le parent

Les études relèvent notamment la présence d'un plus haut niveau de conflits dans ces familles, ainsi qu'une communication souvent problématique. Alors, s'ensuivent fréquemment, pour les enfants, un manque de compréhension du trouble mental de leur parent, de leur propre vécu expérientiel et de celui du parent, de même que des affects négatifs élevés. Ainsi, les enfants vivant avec un parent ayant un TDM rapportent souvent vivre de la culpabilité, de la tristesse, de la honte et de la solitude (Boily et al., 2006; Villatte et al., 2021). De manière générale, ils nomment également ressentir de la peur et des craintes importantes face aux manifestations du trouble mental parental et à ses conséquences (ex., hospitalisation), un manque de soutien social ainsi que de la stigmatisation par rapport à leur situation familiale (Cooklin, 2013; Riebschleger et al., 2019 ; Villatte et al., 2022). De plus, les enfants de parents ayant un TDM se retrouvent très souvent à avoir un rôle de proche aidant, soit auprès de leur parent ayant un trouble mental (ex., soutien émotionnel) ou plus largement à travers la prise en charge de tâches parentales dans leur vie quotidienne (ex., préparer le souper) (Cooklin, 2010). Ce rôle de proche aidant peut parfois même se traduire par une inversion partielle ou complète des rôles du parent et de l'enfant, aussi appelée parentification (Aldrige et Becker, 2003).

Par ailleurs, les enfants vivant avec un parent atteint d'un TDM sont à plus haut risque de vivre des difficultés sociales, scolaires et émotionnelles ainsi que d'avoir un fonctionnement adaptatif plus faible et de développer un trouble mental (Reupert et al., 2012). Dans cette optique, les résultats de l'*Enquête Québécoise sur la Santé Mentale des Jeunes* ont souligné que les enfants âgés de 6 à 11 ans, dont l'un des parents a vécu un épisode dépressif au cours de sa vie, sont sept fois plus à risque de développer un TDM comparativement aux enfants de parents n'ayant pas de trouble mental (Bergeron et al., 2007). Les données d'une étude

longitudinale ayant suivi les enfants d'adultes ayant un TDM modéré à majeur sur une durée de 30 ans a mis en évidence que ces enfants présentent un risque de développer un trouble dépressif ou anxieux au moins trois fois plus élevé que celui des enfants de parents n'ayant pas de trouble dépressif (Weissman et al., 2016). Plus spécifiquement, malgré la faible prévalence à cet âge, le risque de voir émerger une dépression majeure avant l'âge de 13 ans est 10 fois plus élevé parmi ces enfants. Finalement, les enfants de parents ayant un TDM se retrouvent fréquemment au sein du réseau de la santé et des services sociaux en raison de problèmes liés à leur vécu familial (Bonin et al., 2014) ou dans les services de la protection de la jeunesse pour des situations de négligence ou de maltraitance (Laporte et Baillargeon, 2005).

Ainsi, il s'avère essentiel d'offrir des stratégies d'intervention préventive, sélective et efficace s'adressant aux enfants de cette tranche d'âge qui vivent avec un parent ayant un TDM. Le développement de telles stratégies s'inscrit dans l'axe prioritaire de santé publique consistant à apporter un soutien aux jeunes vivant avec un parent ayant un trouble mental, de l'enfance à l'entrée dans l'âge adulte (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2022).

Recommandations pour intervenir auprès des familles comptant un parent ayant un TDM

Plusieurs recommandations émergent de la littérature scientifique portant sur les programmes d'intervention offerts aux familles comptant un parent ayant un trouble mental. La Figure 1 présente une synthèse des thématiques en termes d'objectifs à cibler et de moyens de mises en interaction pour les atteindre recommandées dans les études.

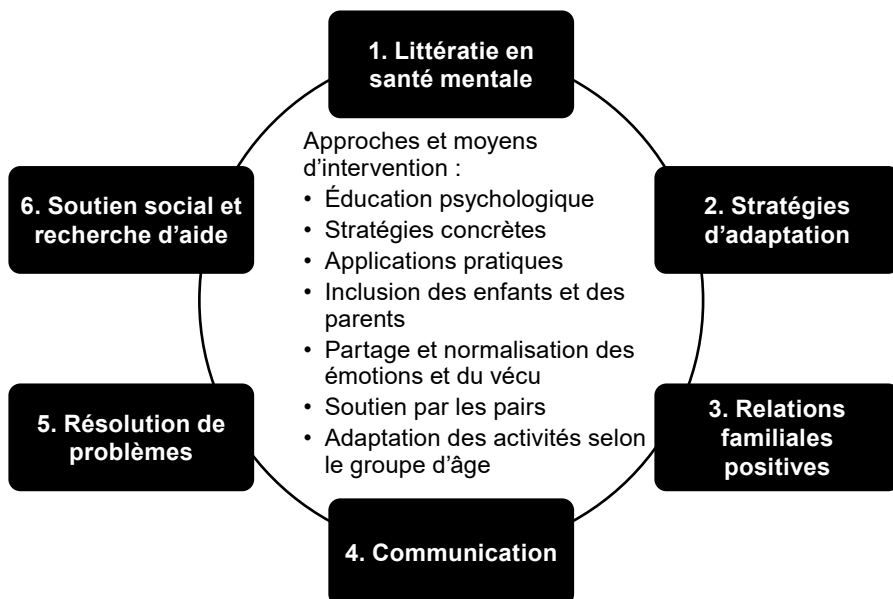


Figure 1. Thématiques, approches et moyens de mise en interaction recommandés

Objectifs à cibler

La recommandation la plus fréquemment nommée dans les écrits scientifiques est de favoriser la **littératie en santé mentale**, et ce, à la fois chez les parents et les enfants. Ce concept réfère au développement d'une meilleure compréhension du trouble mental du parent et des impacts possibles sur la vie familiale et la parentalité, les facteurs de risque et de protection ainsi que les types d'intervention reconnus efficaces. En ce sens, le fait d'avoir des connaissances sur le trouble mental de son parent et, pour le parent, sur son propre trouble, est un facteur de protection, puisqu'il permet de diminuer les sentiments de culpabilité, d'anxiété ou de désespoir face à sa situation familiale et de normaliser son vécu (Christiansen et al., 2015). Inversement, le manque d'informations concernant l'état mental du parent peut favoriser l'émergence d'affects négatifs chez l'enfant et de conflits dans la famille (Hinshaw, 2018).

Il semble également primordial d'inclure des objectifs liés à l'apprentissage de stratégies d'adaptation pour favoriser la capacité à faire face à l'adversité et promouvoir la résilience des enfants, tels que l'apprentissage d'**habiletés socio-émotionnelles** et de **compétences sociales**, ainsi que la capacité de **reconnaitre ses forces et ses limites personnelles** (Foster et al., 2012). Cette meilleure connaissance de soi peut ensuite permettre aux enfants d'être plus confiants pour nommer leurs besoins et leurs limites à leurs parents.

L'amélioration de la qualité des relations entre les membres de la famille est également un élément important à préconiser dans les interventions, puisqu'il s'agit d'un facteur de protection significatif, notamment dans un contexte de transmission intergénérationnelle du trouble mental (Cooklin, 2013; Piché et al., 2011). Ainsi, il est pertinent de promouvoir des **relations positives et chaleureuses** au quotidien, notamment en sensibilisant la famille à l'importance de passer du temps de qualité ensemble et à certains enjeux familiaux fréquemment rencontrés (ex., partage des tâches et responsabilités dans la famille) (Beardslee et al., 2007). Également, l'apprentissage d'habiletés de communication et de techniques de résolution de problèmes est un moyen efficace qui contribue à développer des relations familiales positives (Beardslee et al., 2007).

Dans cette lignée, il apparaît essentiel de cibler aussi le développement d'**habiletés de communication**. Ces dernières ont pour objectif d'encourager les parents à avoir des conversations ouvertes et positives avec leur enfant et de développer une compréhension commune du trouble mental, en les aidant à connaître les attitudes et les comportements à adopter pour avoir des échanges efficaces (Marston et al., 2016). Par ailleurs, compte tenu que l'apprentissage de techniques de **résolution de problèmes** peut favoriser de bonnes relations familiales, cet objectif devrait également se retrouver dans les interventions destinées à ces familles. Ces techniques permettent de renforcer la communication dans la famille, d'outiller ses membres pour faire face aux conflits vécus et d'avoir les habiletés nécessaires pour affronter le futur (Withnell et Murphy, 2012).

Finalement, les interventions offertes aux familles comptant un parent ayant un trouble mental devraient aussi encourager le **soutien social et la recherche d'aide** à l'intérieur et à l'extérieur de la famille (Marston et al., 2016), puisqu'il s'agit d'un facteur de protection important pour celle-ci (Villatte et al., 2021; Villatte et al., 2022). Inversement, l'absence d'un réseau de soutien entraîne souvent l'isolement de la famille et peut notamment précipiter la parentification de l'enfant (Hosman et al., 2009).

Approches et moyens d'intervention

Au-delà des cibles d'intervention à considérer dans les programmes de prévention, plusieurs approches et moyens d'intervention sont à privilégier dans les interventions destinées aux familles qui vivent avec un parent atteint d'un TDM. Premièrement, il est suggéré d'inclure des activités d'**éducation psychologique**, afin de transmettre de l'information sur les troubles mentaux (ex., manifestations et conséquences sur la vie familiale) (Marston et al., 2016). Deuxièmement, il est suggéré de favoriser l'**inclusion des enfants et des parents** dans les programmes d'intervention préventive ciblant les familles vivant avec un parent ayant un TDM. En effet, les résultats d'une méta-analyse récente suggèrent que les programmes familiaux entraîneraient des effets plus élevés que les programmes ciblant seulement les enfants ou leurs parents (Tannhäuser et al., 2017). Troisièmement, en plus de prévoir des rencontres qui incluent à la fois les enfants et les parents, la littérature soulève l'importance de planifier des **rencontres familiales** dans les interventions ciblant les enfants et les familles vivant avec un parent ayant un TDM. Il s'agit souvent pour la famille de la première expérience de discussion portant sur la dépression, ce qui leur permet entre autres de briser le silence sur ce qu'ils vivent, de partager leurs points de vue, d'exprimer leurs émotions et de résoudre leurs problèmes familiaux (Beardslee et al., 2012). De plus, les rencontres familiales permettent de comprendre les craintes et les préoccupations des enfants (Crooklin, 2013). Quatrièmement, les écrits soulignent la pertinence d'enseigner des **stratégies concrètes** pour faire face aux défis rencontrés et d'identifier des moyens pour que les participants puissent mettre en pratique ce qu'ils ont appris (ex., à travers des jeux de rôles) (Wahl et al., 2017).

Finalement, quelques écrits considèrent qu'il serait important de tenir compte des capacités cognitives, attentionnelles et socio-émotionnelles des enfants ciblés par les interventions en adaptant le contenu et les modalités proposées (Garber et al., 2016; Newman et Birlerson, 2012). Certaines stratégies pourraient ainsi favoriser l'acceptabilité et la compréhension du contenu proposé par les enfants d'âge primaire (Garber et al., 2016; Newman et Birlerson, 2012). Plus spécifiquement, il est suggéré de réduire la quantité de contenu théorique enseigné, d'utiliser des mots simples, de donner des exemples concrets, d'offrir des instructions claires et courtes ainsi que d'illustrer les concepts complexes avec des outils visuels ou des histoires (Garber et al., 2016). À cet effet, l'utilisation de livres imagés peut aider à adapter le contenu présenté aux enfants (Mendel et al., 2016; Vetri et al., 2022) et à aborder de manière non menaçante des sujets sensibles (ex., trouble mental des parents; Helsbeth et Slettebø, 2004). Cette modalité de mise en interaction peut aussi être utilisée pour normaliser l'expérience de l'enfant et de la famille (Mendel et al., 2016). Également, des activités d'apprentissage simples

et dynamiques (ex., discussions, jeux de rôles, dessins), adaptées aux capacités développementales des enfants d'âge primaire, peuvent être utilisées (ex., *Play and Talk*, Van Santvoort et al., 2014) ainsi que des activités impliquant les mouvements du corps ou l'utilisation de la musique (ex., méthode *BAPNE*, Salerno et al., 2017).

Programmes exemplaires pour les familles comptant un parent ayant un trouble mental

Plusieurs interventions préventives probantes s'adressant aux familles vivant avec un parent ayant un TDM existent en Amérique du Nord, en Europe et en Australie (Piché et al., 2021; Reupert et al., 2013) et rejoignent certains des critères nommés précédemment. À titre d'exemple, le programme de prévention *Family Talk* (FT) s'adresse aux familles dont un parent a un trouble dépressif majeur et un enfant âgé entre 6 et 12 ans (ex., Beardslee et al., 2007). La thématique du trouble dépressif du parent est abordée tout au long du programme. Les rencontres visent tout particulièrement l'acquisition de connaissances et le partage d'informations sur la dépression parentale, l'amélioration des relations familiales ainsi que le développement de stratégies d'adaptation pour faire face aux difficultés rencontrées (Beardslee et al., 2012). Parmi les stratégies à la base du programme se trouvent notamment l'utilisation des forces de chacun et du réseau social, de même que l'apprentissage d'habiletés de résolution de problèmes. L'amélioration de la communication au sein de la famille à travers le partage du vécu de chacun relié à la dépression parentale est également un élément important du programme FT.

Le programme *Play and Talk* (PT; Van Santvoort et al., 2014) est un programme d'intervention pour enfants de parents ayant un trouble mental, qui utilise une modalité de groupe pour présenter le contenu aux enfants âgés de 8 à 12 ans. De la même manière que le programme FT, il vise à informer les enfants quant aux défis associés au fait de vivre avec un parent ayant un trouble mental. Il inclut des composantes d'éducation psychologique sur les troubles mentaux et leurs impacts sur la famille, ainsi que le développement de stratégies d'adaptation pour faire face aux difficultés familiales et améliorer son réseau de soutien social. Son originalité est d'utiliser la force de la cohésion du groupe pour briser l'isolement des enfants et les aider à partager leur vécu et leurs émotions (Van Santvoort et al., 2014).

Bien que, dans l'ensemble, les programmes de prévention ciblant les familles comptant un parent ayant un trouble mental montrent des effets positifs et significatifs chez les enfants participants, ceux-ci demeurent modestes (Siegenthaler et al., 2012; Thanhäuser et al., 2017). Certains chercheurs suggèrent que cette limite pourrait être liée au fait que peu d'interventions adaptent leur contenu aux capacités développementales des enfants (Garber et al., 2016). D'autres postulent que peu d'interventions incluent des objectifs et des rencontres à la fois pour les enfants et les parents (Thanhäuser et al., 2017). Par exemple, dans le programme FT, une seule rencontre est prévue avec l'enfant et celle-ci a pour but de le préparer à la rencontre familiale (Beardslee et al., 2012). Également, à ce jour peu d'études ont évalué le processus d'implantation ou de mise en œuvre de ces programmes (Piché et al., sous presse). Ainsi, il est possible que certains facteurs propres à la

mise en œuvre de ces interventions affectent leur efficacité (ex., fidélité de la mise en œuvre, acceptabilité des contenus présentés).

Le présent projet

À la lumière des recommandations issues de la littérature scientifique (voir Figure 1) et du contenu du programme *Family Talk* (Beardslee et al., 2007), notre équipe de recherche a développé le premier programme de prévention francophone adapté aux réalités québécoises qui s'adresse aux familles comptant un parent ayant vécu un épisode dépressif majeur et au moins un enfant âgé entre 7 et 11 ans (FAMILLE+). Le présent article a pour but de : a) présenter le programme FAMILLE+; b) rapporter les résultats d'une étude pilote ayant évalué la fidélité de la mise en œuvre du programme, les principaux facteurs facilitant et entravant l'implantation, ainsi que les retombées préliminaires perçues par les participants et les animateurs.

Le programme FAMILLE+

FAMILLE+ est une intervention préventive de groupe dont les objectifs sont que les parents et enfants : 1) approfondissent leurs connaissances concernant la dépression; 2) reconnaissent et renforcent leurs forces personnelles; 3) renforcent leur relation parent-enfant et leurs liens familiaux; 4) identifient et renforcent leur réseau de soutien et 5) organisent et planifient le futur afin de prévenir les difficultés familiales. À très court terme, compte tenu de la nature des effets positifs rapportés par plusieurs évaluations du programme FT, il est postulé que les participants rapporteront : une augmentation de leurs connaissances sur la dépression, une diminution d'émotions négatives par rapport à la dépression et une augmentation du nombre d'interactions positives en famille.

La structure du programme

Le programme FAMILLE+ se déroule sur sept semaines. Il offre six rencontres hebdomadaires en vécu partagé de groupe (4 à 8 familles) en parallèle auprès des parents et des enfants, ainsi qu'une rencontre familiale individuelle. Par la suite, une rencontre de suivi a lieu un mois plus tard, avec les parents de chaque famille, pour discuter des progrès et défis rencontrés, adresser leurs préoccupations et réviser certaines stratégies.

Alors que dans le programme FT la majorité des rencontres ciblent les parents et que les enfants ne sont rencontrés individuellement qu'une seule fois par l'animateur, dans le programme FAMILLE+, les enfants participent à six rencontres. Cinq de ces rencontres, se déroulant en parallèle avec les rencontres du groupe parents, leur permettent d'apprendre des stratégies pour mieux faire face à leur situation familiale. À travers les rencontres, ils vivent des moments de partage avec d'autres enfants du même âge, qui font face à une situation similaire. Cette idée de préconiser un plus grand nombre de rencontres avec les enfants ainsi que d'utiliser une modalité en groupe est tirée du programme PT, et les résultats montrent qu'il s'agit d'une modalité qui peut être bénéfique pour les enfants (Van Santvoort et al., 2014). Également, les rencontres de groupe permettent aux enfants de se préparer

adéquatement à la rencontre familiale individuelle, qui se déroule à la 6^{ème} semaine. Cette rencontre familiale individuelle, qui est le point central du programme FT (Beardslee et al., 2007), permet à la famille, dans un espace sécuritaire, de discuter de leurs expériences reliées à la dépression parentale. Ce partage de leur vécu respectif est aussi un élément essentiel du programme FAMILLE+.

La structure générale proposée pour les rencontres est similaire d'une rencontre à l'autre. En effet, chaque rencontre débute avec une causerie qui comprend un mot de bienvenue, un retour sur les activités optionnelles, une présentation du déroulement et un temps pour les questions. Ensuite, les activités prévues dans le cadre de la rencontre sont réalisées. Puis, celle-ci se termine avec un mot de la fin qui inclut un bref résumé de la rencontre, la présentation des activités optionnelles à réaliser à la maison et une période de questions. Il s'agit d'un programme clés en main offrant aux intervenants une formation et une trousse complète d'animation.

Contenu des rencontres

Les thématiques présentées dans le programme FAMILLE+ sont les mêmes que celles du programme FT et sont décrites dans le Tableau 1. Le lecteur constatera que les rencontres des volets enfants et parents présentent simultanément les mêmes thématiques afin de favoriser le réinvestissement des contenus ensemble en famille.

Approches et modalités d'apprentissage

Le programme est offert par un intervenant en sciences sociales ou de la santé (ex., psychoéducation, psychologie, travail social) ayant des connaissances minimales en santé mentale et en intervention familiale et qui a reçu la formation pour animer le programme.

Groupe parents

En complément des approches et des modalités prévues dans le programme FT (ex., éducation psychologique, partage du vécu, discussions, fiches d'information), des activités d'apprentissage dynamiques et interactives ont été ajoutées à la planification de l'animation du programme FAMILLE+. Les rencontres du groupe parents comportent ainsi des moments d'éducation psychologique, de partages et de récits narratifs, mais également l'utilisation d'analogies et de métaphores, de techniques d'impact, d'activités avec des photos, d'outils d'auto-évaluation (ex., réseau de soutien), d'exercices de réflexion individuelle ou en sous-groupe (ex., jeux de rôles sur l'écoute active, quiz sur les rôles et responsabilités). À titre d'exemples, au cours de la première rencontre, les parents sont invités à choisir une photo qui décrit le mieux leur vécu passé et actuel avec le TDM, afin de favoriser le partage en groupe. Les parents sont encouragés à réutiliser ce moyen de communication pour faciliter la discussion avec leur enfant.

Tableau 1. Structure et contenu des rencontres FAMILLE+

Rencontres	Format
<p>1 Introduction au programme et partage du vécu Apprendre à se connaître les uns les autres et échanger ensemble sur les expériences individuelles et familiales par rapport à la dépression <i>Sous-thème : Connaissance de soi (forces)</i></p>	Groupes enfants et parents en parallèle
<p>2 Informations sur la dépression Approfondir ses connaissances à propos de la dépression et identifier les forces de chacun dans la famille <i>Sous-thèmes : Connaissance de soi et habiletés socio-émotionnelles</i></p>	
<p>3 La relation parent-enfant Apprendre à reconnaître l'importance d'une relation parent-enfant positive et chaleureuse et certains moyens pour la favoriser <i>Sous-thèmes : Relations familiales positives, habiletés socio-émotionnelles (besoins) et communication</i></p>	
<p>4 Le réseau de soutien Reconnaître l'importance d'avoir un bon réseau de soutien social et de l'utiliser Identifier des personnes et des ressources-clés pouvant aider et soutenir la famille lors de périodes difficiles ou de changements <i>Sous-thèmes : Rôles et responsabilités, connaissance de soi (limites), soutien social et recherche d'aide</i></p>	
<p>5 Préparation de la rencontre familiale Préparer et planifier la rencontre familiale qui aura lieu à la prochaine rencontre <i>Sous-thèmes : Résolution de problèmes, habiletés socio-émotionnelles et communication</i></p>	Une famille à la fois
<p>6 Rencontre familiale individuelle Discuter en famille du vécu de chacun en lien avec la dépression parentale</p>	
<p>7 Bilan et plan pour le futur Identifier les réussites et obstacles de la rencontre familiale Reconnaître les apprentissages effectués tout au long du programme Planifier le futur</p>	Groupes enfants et parents en parallèle
<p>Suivi Suivi 1 mois post-programme Prendre des nouvelles de la famille (progrès, défis, etc.) Faire un bilan post-programme Répondre aux questions et préoccupations de la famille Référer, au besoin, à d'autres services</p>	

Groupe enfants

Tel que mentionné plus haut, les enfants participant au programme FAMILLE+ se retrouvent dès la première rencontre dans un groupe d'enfants du même âge, qui ont un parent ayant vécu un trouble dépressif majeur. Ce format d'intervention en groupe a pour but de favoriser le partage du vécu de chacun, la normalisation des émotions et le soutien par les pairs. De manière similaire au programme PT, des modalités d'apprentissage et des moyens de mise en interaction variés, dynamiques et interactifs ont été priorisés dans les rencontres du groupe enfants, telles que l'utilisation de vignettes familiales, de jeux de rôle et du dessin. De plus, un effort a été fait pour rejoindre les recommandations issues de la littérature portant sur les interventions préventives ciblant les enfants d'âge primaire, en créant de nouveaux outils et activités d'apprentissage pour les enfants participants au programme FAMILLE+ (voir tableau 2). Ceux-ci sont utilisés dans la majorité des rencontres et peuvent être réinvestis à la maison durant les activités optionnelles proposées aux familles participantes. Ils ont pour but de favoriser la compréhension des concepts complexes (ex., émotions, besoins développementaux, techniques de résolution de problèmes) et de stimuler la motivation, l'intérêt et l'attention des enfants âgés de 7 à 11 ans.

Tableau 2. Outils et activités développés pour le groupe enfants de FAMILLE+

Thématiques ciblées par les outils	Outils
A. Stratégies d'adaptation	<ul style="list-style-type: none"> • Outil de bibliothérapie. Roman jeunesse : Le Trésor de l'île Rouge (Piché et al., 2021; Vetri et al., 2022) • 6 chapitres : une chapitre / rencontre de groupe
B. Habiletés socio-émotionnelles	<ul style="list-style-type: none"> • Trois outils imagés (thermomètre de l'humeur, affiche des émotions et affiche des besoins; Institut d'éducation socio-émotionnelle, 2019) • Activités « <i>prendre le pouls de ses émotions</i> » (2 à 3 fois/rencontre)
C. Soutien social	<ul style="list-style-type: none"> • L'outil « <i>cercle de proximité</i> » (Mufson et al., 2004)
D. Pauses actives et conscience de soi	<ul style="list-style-type: none"> • Activités de percussion corporelle (10 minutes/rencontre) • Produire des mélodies ou des rythmes en utilisant le corps comme instrument de musique. (ex., taper des mains, des pieds; Salerno et al., 2017). • Chaque activité réfère à un chapitre du livre <i>Le Trésor de l'île Rouge</i> et établit des liens avec le contenu théorique.

Dans cette même lignée, la durée des capsules d'éducation psychologique et des moments de partage en grand groupe a été réduite par rapport à ce qui est présenté dans le groupe parents et dans ce qui est prévu dans le programme PT, afin de respecter les capacités développementales (cognitives, attentionnelles et socio-émotionnelles) des enfants.

Étude pilote

Cette étude pilote comprenait trois objectifs. Le premier était d'évaluer la fidélité de la mise en œuvre du programme. Celle-ci a été évaluée selon trois dimensions préconisées par Dusenbury et ses collaborateurs (2003), soit (1) l'adhésion au protocole (réalisation des activités prévues); (2) la qualité du programme (satisfaction des participants et animateurs, niveau de compréhension des enfants) et de l'animation (clarté et compétence des animateurs); (3) la réponse des participants (niveau de participation et climat du groupe). Une dernière dimension a été ajoutée, soit l'innocuité du programme, c'est-à-dire l'aspect sécuritaire des activités proposées (santé mentale des enfants et émotions vécues par les participants), considérée comme une variable importante dans le contexte de vulnérabilité caractérisant les familles ciblées. Le deuxième objectif était d'identifier les principaux obstacles et éléments facilitants l'implantation de FAMILLE+.

Le troisième objectif consistait à évaluer les effets préliminaires de l'intervention et les retombées perçues, reliés aux résultats anticipés à court terme. Dans cette optique, l'évaluation de la perception des connaissances sur la dépression, les émotions négatives vécues par rapport à la dépression parentale et la fréquence d'interactions positives a été réalisée auprès des parents avant de commencer le programme (pré-test) et une fois que celui-ci fut terminé (post-test). Le niveau de connaissances concernant la dépression a aussi été évalué auprès des enfants participants, avant et après la prestation de l'intervention. Les autres retombées perçues par les participants et les animateurs ont également été explorées dans le cadre des entrevues.

Méthode¹

Plan de recherche

L'étude s'appuie sur un devis de recherche mixte convergeant et participatif (Cresswell et Plano-Clark, 2011), reposant sur un volet quantitatif et un volet qualitatif. Ce devis a été sélectionné pour favoriser un processus de recherche centré sur l'enfant (Crivello et al., 2009), ainsi que pour permettre une compréhension plus rigoureuse du processus de mise en œuvre du programme FAMILLE+ (Mowbray et al., 2003). En effet, la convergence, aussi appelée triangulation des données, peut agir comme une technique de validation croisée qui permet d'augmenter la validité et le niveau de confiance envers les résultats de recherche (Alain et Dessureault, 2009; Mowbray et al., 2003). Dans ce but, l'évaluation de la mise en œuvre et des retombées du programme repose d'une part sur l'écoute des enregistrements audio des rencontres et, d'autre part, sur les informations recueillies auprès des enfants, parents et animateurs du programme, grâce aux différents questionnaires (administrés avant, pendant et après avoir participé au programme) et dans le cadre d'entrevues effectuées après la prestation du programme.

¹ L'étude a reçu l'approbation éthique du Comité d'éthique de la recherche de l'UQO (#2017-63) et a été financée par le Fonds de recherche du Québec – Société et culture (2017-NP-199449).

Prestation du programme

Animateurs. Deux étudiantes à la maîtrise en psychoéducation et un étudiant au D.E.S.S. en santé mentale ont animé les groupes, soit deux animateurs avec les enfants et un avec les parents. Ils ont reçu une formation (16 heures) dispensée par un membre de l'équipe conceptrice du programme. Une trousse d'animation a été offerte à chaque animateur, comprenant les manuels de l'animateur et des participants, le livre d'histoires de pirates *Le Trésor de l'Île Rouge* et les autres outils pour les enfants. Tout au long du déroulement, les animateurs ont également eu une supervision téléphonique de groupe (1 heure/semaine) avec la chercheuse principale de l'étude.

Participants et procédures

Les participants à l'étude pilote du programme ont été recrutés à travers les réseaux sociaux ainsi que plusieurs organismes communautaires de la ville de Saint-Jérôme en décembre 2018. Les critères d'admissibilité au programme étaient : 1) que la famille compte un parent ayant vécu un épisode dépressif majeur au cours des 18 derniers mois et au moins un enfant âgé entre 7 et 11 ans, 2) que les parents ne présentent pas de problèmes d'abus de substances ou de trouble psychotique, 3) que la famille soit disponible pour participer aux rencontres hebdomadaires et 4) qu'elle ne soit pas en période de crise ou de transition importante (ex., en cours de séparation). Les deux parents étaient invités à participer au programme. Advenant qu'un des deux parents ne désiraient pas y participer, une autre figure significative pour l'enfant et le parent (ex., un grand-parent) pouvait être invitée à participer aux rencontres.

Une courte entrevue téléphonique a été réalisée auprès des familles intéressées dans le but de présenter les détails du projet et le déroulement de l'étude aux parents, ainsi que de vérifier de manière préliminaire leur admissibilité au programme et leur permettre de compléter le formulaire de consentement. Par la suite, une visite à domicile a été planifiée afin de s'assurer que les familles rencontraient les critères d'admissibilité au programme. Les parents ont été invités à répondre à 12 questions tirées du Diagnostic Interview Schedule Self-Administered (Kovess et Fournier, 1990) afin de vérifier si l'un des deux parents avait vécu un épisode dépressif majeur au cours des 18 derniers mois.

Quatre familles ont initialement annoncé leur volonté de participer au programme et rencontraient les critères, mais deux d'entre elles se sont désistées en raison de l'éloignement géographique. Deux familles ont participé à l'étude pour un total de cinq enfants âgés de 7 à 11 ans (trois garçons, deux filles) et trois parents âgés de 30 à 40 ans (un père ayant un TDM et sa conjointe et une mère avec un TDM). Les participants ont signé un formulaire de consentement. La première famille est biparentale et la seconde est recomposée. Deux des trois parents travaillent à temps plein et leur revenu familial annuel varie entre 20 000 à 80 000\$. Les membres des deux familles sont tous nés au Canada et parlent en français à la maison.

Variables et méthodes de collecte de données

Données quantitatives

Le Tableau 3 présente les instruments de mesures, les temps de collecte de données et les répondants correspondant à chacune des dimensions évaluées pour répondre aux objectifs 1 et 3 de l'étude, soit l'évaluation de la fidélité de la mise en œuvre et des effets préliminaires du programme.

Entrevues

Afin de rejoindre les objectifs 2 et 3 de l'étude (identifier les obstacles et éléments facilitants, explorer les retombées perçues du programme), les enfants, les parents et les animateurs ont participé à une entrevue individuelle, menée par une assistante de recherche, d'une durée moyenne de 20 minutes à la toute fin du programme. Celle-ci comprenait huit questions pour les animateurs et onze pour les enfants et leur.s parent.s, portant entre autres éléments sur leur satisfaction quant aux activités et aux modalités proposées dans le programme, la qualité de l'animation, la perception des retombées de l'intervention et les changements perçus ainsi que les principaux obstacles et facteurs facilitants de la mise en œuvre (ex., Dans l'ensemble, qu'est-ce que vous avez pensé du programme FAMILLE+?; Depuis votre participation au programme, avez-vous remarqué des changements chez vous ou dans votre famille?; Selon vous, quels éléments ont facilité ou nuit à la mise en œuvre du programme?). Ces entrevues ont été enregistrées et, par la suite, les propos des participants et intervenants ont été retranscrits textuellement.

Analyses des données

Des analyses statistiques descriptives (moyennes, fréquences, pourcentages) ont été réalisées à l'aide du logiciel SPSS (IBM, 2020) pour trois dimensions (l'adhésion au protocole, la qualité de l'animation et du programme et la réponse des participants) évaluant la qualité de la mise en œuvre de FAMILLE+. Des scores globaux ont été dérivés pour chacune des dimensions, et en fonction des rencontres, du contenu de ces dernières et des participants. Ensuite, les scores moyens ont été transformés en pourcentage et classifiés selon des critères établis pour ces dimensions : très fidèles ($\geq 75\%$), fidèles (entre 61 % et 74 %) et peu fidèles ($\leq 60\%$) (Durlak et Dupré, 2008; Paquette et al., 2009). Pour la quatrième dimension prise en considération, l'innocuité, les scores bruts, les médianes et l'étendue des scores ont été calculées. Puis, des analyses descriptives ont été réalisées afin d'explorer de manière préliminaire les effets du programme, en observant les scores médians au début et à la fin du programme, sur les indicateurs ciblés. À cet effet, la médiane est un indice de tendance centrale à privilégier par rapport à la moyenne pour des petits échantillons (Maronna et al., 2006). L'étendue des scores, qui est un indice indépendant de la moyenne, a également été calculée.

Tableau 3. Synthèse des variables et instruments de mesure

Variables	Description	Instruments de mesure / items	Répondants
Adhésion au protocole	Auto-évaluation du degré d'adhésion au protocole pour chacune des sous-sections et activités prévues au cours de la rencontre. (Post-rencontres)	Questionnaire maison comprenant des items mesurés avec une échelle de Likert en 5 points (0= sujet non-discuté à 4= sujet discuté en entier). Le nombre d'items varie selon les rencontres évaluées.	Animateurs
	Double cotation de l'adhésion au protocole (manuel de l'animateur) pour 30 % des rencontres, pigées au hasard, à partir des enregistrements sur bande audio des rencontres. (Post-programme)	Questionnaire maison comprenant des items mesurés avec une échelle de Likert en 5 points (0= sujet non-discuté à 4= sujet discuté en entier). Le nombre d'items varie selon les rencontres évaluées.	Deux assistantes de recherches
Qualité de l'animation	Perception de la part des parents, de la compréhension des animateurs de la situation, des besoins et des préoccupations des participants. (Post-rencontres)	Un item répondu sur une échelle Likert en 5 points (0= pas du tout à 4= énormément).	Parents
	Évaluation du niveau de satisfaction à l'égard de l'animation du programme. (Post-programme)	Onze items notés sur une échelle Likert graduée en 5 points (1= pas du tout à 5= énormément) (ex., Je me sentais en confiance face aux animateurs du programme).	Parents
	Double cotation de la clarté et la compétence des animateurs à partir des enregistrements sur bande audio de 30 % des rencontres, pigées au hasard. (Post-programme)	Cinq items mesurés sur une échelle Likert graduée en 5 points (1= très faible à 5= très élevé).	Deux assistantes de recherches

	Appréciation générale de la rencontre. (Post-rencontres)	Un item noté sur une échelle Likert en 5 points (1= pas du tout; 5= énormément).	
Satisfaction à l'égard du programme	Activités davantage appréciées et moins aimées au cours de la rencontre. (Post-rencontres)	Deux questions (variable nominale) posées aux enfants et aux parents (« Quelle activité as-tu/avez-vous le plus aimé dans la rencontre d'aujourd'hui? », « Quelle activité as-tu/avez-vous le moins aimé dans la rencontre d'aujourd'hui? »).	Enfants et Parents
	Perception de l'aide apportée par la rencontre et justification des sections aidantes de celle-ci. (Post-rencontres)	Un item avec échelle Likert en 5 points (1= pas du tout; 5= énormément). En cas de cotation de 2 et plus, le répondant énonce les sections jugées aidantes dans la rencontre.	Parents
Niveau de compréhension	Compréhension à l'égard du contenu présenté. (Post-rencontres)	Cinq items à choix multiples, générées par l'équipe de recherche, à partir du contenu présenté dans la rencontre et à travers l'histoire de pirates (ex., Qui suis-je? Nous travaillons ensemble pour atteindre des buts et nous nous aidons à surmonter nos difficultés. a) Une équipe; b) Une enseignante et ses élèves; c) Un banc de poissons; d) Toutes ces réponses sont vraies).	Enfants
Réponses des participants	Degré de participation des parents et des enfants. (Post-rencontres)	Échelle Likert graduée en 5 points (0= mauvais; 4= excellent) pour chacune des activités prévues au protocole d'animation.	Animateurs
	Climat au sein du groupe d'enfants et de parents. (Post-rencontres)	Un item sur une échelle Likert graduée en 5 points (1= mauvais à 5= excellent).	

Innocuité (Aspect sécuritaire de l'intervention proposée)	Présence d'inconfort ou de réaction émotionnelle majeure (Pendant et à la fin des rencontres)	Les enfants ont précisé leur humeur et leur émotion ressentie à l'aide de deux outils imagés présentés ci-dessus (thermomètre de l'humeur et affiche des émotions). Les animateurs ont rapporté dans leur journal de bord la présence d'inconfort ou réaction émotionnelle majeure, au besoin.	Enfants et Animateurs
	Évaluation de la santé mentale des enfants (symptômes intériorisés et extériorisés). (Pré-post programme)	Questionnaire <i>Dominique Interactif</i> (Valla, 2008). 91 items sur une échelle nominale « oui ou non ». Qualités psychométriques : Bonne fidélité test retest ($r = 0,54$ à $0,87$) et bonne cohérence interne ($\alpha : 0,70$ à $0,91$). (Bergeron et al., 2013)	Enfants
	Perception du degré de dérangement, de perturbation ou de malaise vécu. (Post-rencontres)	Un item sur une échelle Likert en 5 points (0= pas du tout à 4= énormément) et une question pour préciser les raisons, au besoin.	Parents
Effets préliminaires	Perception des connaissances sur la dépression et ses impacts sur la famille (4 items), émotions négatives vécues par rapport à la dépression parentale (2 items) et la fréquence des interactions positives en famille (1 item). (Pré-post programme)	Sept items adaptés du questionnaire de Beardslee et ses collaborateurs (2012), mesuré à l'aide d'une échelle Likert en 5 points (1= pas du tout; 5= énormément). (ex., « Dans quelle mesure avez-vous des connaissances concernant la dépression et les problèmes de santé mentale que vous vivez? »; « À quelle fréquence interagissez-vous positivement avec votre/vos enfant? »)	Parents
	Niveau de connaissances concernant la santé mentale et la dépression. (Pré-post programme)	Sept items adaptés du questionnaire <i>Children's Knowledge scale of mental illness</i> (Grove et al., 2013) avec une échelle nominale « vrai, faux ou je ne sais pas ». (ex., La plupart des parents ont un problème de santé mentale à cause du comportement de leur enfant).	Enfants

L'analyse des données qualitatives a été réalisée avec le logiciel NVivo (QRS International, 2020) et en s'inspirant de la démarche d'analyse thématique (Paillé et Mucchielli, 2008). Notamment, les thèmes portant sur les éléments ayant favorisé ou nui à sa mise en œuvre du programme ont été identifiés. Ensuite, ceux-ci ont été hiérarchisés en fonction de la présence de récurrences dans le discours des participants (parents, enfants et animateurs). Tel qu'annoncé précédemment, l'analyse de la mise en œuvre et des retombées perçues du programme, a été complétée en triangulant et contrastant les résultats issus des analyses quantitatives avec le contenu des verbatims des entrevues réalisées auprès des participants. Lorsque des résultats qualitatifs sont disponibles, ils sont présentés pour appuyer ou nuancer les résultats quantitatifs obtenus.

Résultats

Objectif 1. Fidélité de la mise en œuvre

Les résultats sont présentés en quatre sections : (1) l'adhésion au protocole, (2) la qualité de l'animation et du programme, (3) la réponse des participants ainsi que (4) l'innocuité des activités proposées.

Adhésion au protocole

Les résultats de l'évaluation de cette dimension sont exposés dans le Tableau 4. Les animateurs du groupe des enfants ont rapporté avoir présenté le contenu du programme avec une fidélité moyenne de 88,75 %, avec des scores qui varient entre 66,75 % et 93,75 % selon les rencontres. L'animatrice du groupe de parents a, de son côté, rapporté un score moyen d'adhésion au protocole de 90,89 %, avec des résultats variant de 83,25 % à 95,00 % en fonction des rencontres. L'évaluation externe de l'adhésion au protocole, effectuée par deux assistantes de recherche, montre des résultats similaires. En effet, la moyenne est de 88,75 % pour les rencontres des deux groupes, ce qui constitue une fidélité très élevée selon Durlak et Dupré (2008).

Tableau 4. Adhésion au protocole

Groupe	Par les animateurs (%) (auto-évaluation)			Par les assistantes de recherche (%) (pourcentages d'accord : rencontres 2 et 5)		
	Moyenne	Min	Max	Moyenne	Min	Max
Groupe enfants	88,75	66,75	93,75	87,25	75,00	92,50
Groupe parents	90,89	83,25	95,00	90,25	87,50	93,75

La qualité de l'animation et du programme

Les résultats quantitatifs concernant ces variables sont présentés dans le Tableau 5, tandis que des verbatims relatifs à chacune d'elles sont rapportés dans le texte pour appuyer les données obtenues.

Qualité de l'animation. La cotation de cette dimension, effectuée par deux assistantes de recherche, a été évaluée comme étant supérieure à 95 % pour les animateurs des deux groupes. De plus, le score moyen indiqué par les parents à l'égard de la qualité de l'animation à la fin de chacune des rencontres était supérieur à 91 %.

Tableau 5. La qualité de l'animation

Groupe	Qualité de l'animation					
	Évaluée par les parents (%)			Évaluée par les assistantes de recherche (%) (Pourcentage d'accord : rencontres 2 et 5)		
	Moyenne	Min	Max	Moyenne	Min	Max
Groupe enfants	--	--		97,00	96,00	100,00
Groupe parents	91,2	80,00	93,40	96,00	92,00	100,00

Lors des entrevues réalisées, les parents et les enfants ont plus spécifiquement rapporté avoir apprécié les habiletés interpersonnelles ou le savoir-être des animateurs du programme :

« J'ai beaucoup apprécié aussi l'animatrice dans le fond, je trouvais qu'elle était humaine, qu'elle était bien à l'écoute pour écouter notre point de vue et tout ça (...) pis elle comprenait la situation, ce qu'on vivait et tout ça. », mère.

« Ben y'étaient gentils, y'étaient genre à l'écoute de nous... pis, d'autres affaires, y'étaient calmes. », Sam, 11 ans.

Satisfaction des participants à l'égard du contenu des rencontres. De manière plus générale, le niveau de satisfaction moyen des parents concernant les rencontres offertes est de 85,40 % (80,00 %-100,00 %), tandis que celui des enfants est de 78,80 % (72,00 %-92,00 %).

Satisfaction des participants à l'égard des caractéristiques du programme. Questionnés plus spécifiquement lors des entrevues par rapport à leur satisfaction à l'égard des caractéristiques du programme FAMILLE+, les parents ont notamment soulevé avoir particulièrement apprécié le format proposé par le programme, soit l'animation de groupes de parents et d'enfants en parallèle :

« ... ce que j'ai aimé le plus c'est euh... que les filles et moi, on soit exposées au même sujet dans le fond, aux mêmes thèmes. Puis, les discussions que ça amenait dans le fond euh... à la suite des ateliers. [...] C'était le fun les discussions que ça amenait. », mère.

« C'était très bien, ça j'ai vraiment beaucoup aimé ça moi (les ateliers en parallèle). [...] voir la même matière finalement en même temps, de façon complètement différente, plus adaptée parce qu'eux avaient les histoires avec les pirates et tout, pis y'avait plein de façons en tout cas de voir la matière qui était très bien adaptée à eux parce qu'ils ont vraiment bien compris, pis nous autres qui étaients plus adaptés à nous aussi. », père.

Cette modalité a également été perçue positivement par les animateurs au programme :

« C'est vraiment intéressant que les enfants voient la même chose que les parents au même moment pour qu'ils puissent y revenir en famille ensemble », animatrice parents.

De plus, certains parents ont aussi nommé avoir apprécié la modalité en groupe, pour pouvoir entendre des témoignages et partager leur situation avec d'autres parents. Comme le précise l'une des participantes : « les discussions aussi là entre adultes et tout ça, je trouvais ça intéressant de voir le vécu de l'autre famille, de pouvoir... c'est ça partager ».

Satisfaction par rapport aux outils et activités proposées. En additionnant les réponses à la question « *Quelle activité as-tu le plus aimé dans la rencontre d'aujourd'hui* » posée à la fin de chaque rencontre, les enfants ayant pris part au programme ont nommé à plus de 8 reprises avoir apprécié les exercices de dessins et de percussions corporelles, ainsi que la lecture du livre d'histoires de pirates. À deux reprises, les enfants ont nommé avoir apprécié l'outil le thermomètre de l'humeur. L'activité de jeux de rôles a également été identifiée comme étant appréciée à deux reprises, mais aussi comme moins appréciée à deux reprises. Elle ne fait donc pas l'unanimité chez les enfants. En entrevue, Juliette (8 ans), a précisé la raison pour laquelle elle a moins aimé cette activité :

« Il fallait imiter une scène, ben comme, les animateurs y faisaient l'enfant pis l'enfant devait faire le parent. J'ai moins aimé ça. Ben comme il fallait faire comme de l'improvisation, je l'ai pas fait, ça ne me tentait pas ».

Trois enfants ont nommé à une reprise avoir moins apprécié l'activité de réflexion utilisant des photos et les moments « causerie » au tout début des rencontres. Du côté des parents, l'activité de partage sur la dépression et ses impacts sur la famille a été très appréciée par deux des trois participants. Ceux-ci ont précisé que cette activité leur a permis de « *mettre des mots* » sur ce qu'ils vivent. Par contre, une troisième personne a nommé avoir vécu un certain malaise face à cette activité et a soulevé que « *parler de la dépression est encore un sujet difficile à aborder* ».

Compréhension du contenu. La compilation des scores de compréhension du contenu présenté aux enfants a permis d'identifier un score moyen de 73,40 % (60,00 % - 92,00 %), ce qui représente une bonne fidélité (Durlak et Dupré, 2008).

Réponses des participants

Les résultats quantitatifs concernant la participation au programme et le climat de groupe sont présentés au Tableau 6. En moyenne, le niveau de participation des enfants et des parents pour l'ensemble des rencontres était supérieur à 85 % et le climat du groupe était supérieur à 80 %, tel que rapporté par les animateurs, représentant une très bonne fidélité (Durlak et Dupré, 2008).

Tableau 6. Participation et climat de groupe évalués par les animateurs

Groupe	Niveau de participation (%)			Climat de groupe (%)		
	Moyenne	Min	Max	Moyenne	Min	Max
Groupe enfants	85,75	72,00	92,50	81,40	60,00	100,00
Groupe parents	94,75	66,75	100,00	85,80	80,00	100,00

Innocuité

Santé mentale des enfants. Parmi les enfants ayant participé au programme, aucun n'a rapporté d'augmentation de symptômes intériorisés ou extériorisés au Dominique Interactif. La moyenne des scores de symptômes intériorisés et extériorisés a diminué entre le début et la fin du programme (voir Figure 2).

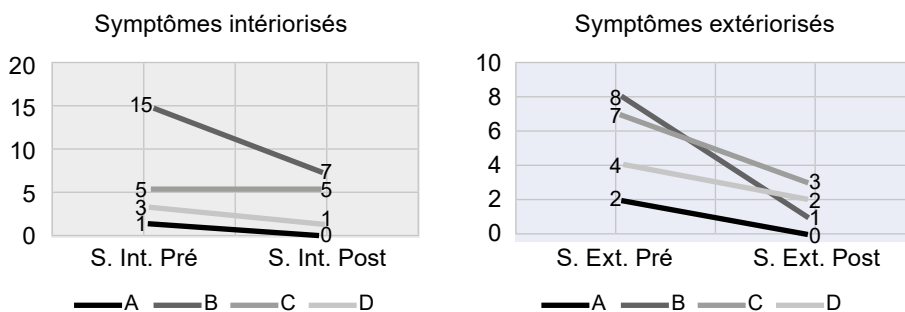


Figure 2. Symptômes intériorisés et extériorisés rapportés par les enfants

Émotions vécues. D'abord, le score médian représentant le niveau d'inconfort perçu par les parents pendant les rencontres est de 1,86/5 (1,00 – 2,14), sur une échelle de Likert en cinq points (1= « pas du tout » à 5= « énormément »). Lors des entrevues, une mère a indiqué ne pas s'être sentie à l'aise lors des moments de partage, surtout au début du programme : *« Au début, je ne me sentais pas super à l'aise de parler vraiment de comment je m'étais sentie, pis de mon expérience et tout. »*. En revanche, pour ce père, le fait d'avoir ressenti ce déséquilibre dynamique aurait été positif dans son cheminement personnel : *« Le fait que j'ai peut-être été inconfortable, ça été bien. Parce que ça fait encore plus travailler... sur ton questionnement, pourquoi t'es inconfortable pis toute. »*

Du côté des enfants, aucun inconfort ou réaction émotionnelle majeure n'a été rapporté par les animateurs. Lors des entrevues, les deux plus jeunes enfants (7-8 ans) ont toutefois nommé avoir ressenti un inconfort durant les jeux de rôles et la réunion familiale.

Objectif 2. Obstacles et facteurs facilitants

Obstacles

Deux obstacles à la mise en œuvre, nommés à la fois par les parents, les enfants et les animateurs concernent la durée et l'horaire de l'animation du programme, qui ont pu entraîner de la fatigue chez les participants. Par exemple, une mère soulève que : *« ... c'est sûr qu'arriver à 18h ce n'était pas nécessairement évident, mais je sais qu'il n'y a pas une heure idéale vu que les enfants, il ne faut pas qu'ils se couchent trop tard pis il faut que ça dure quand même. [Alors] c'était faisable, mais c'est sûr qu'on était rushés dans notre horaire »*. Une animatrice du groupe des parents, en témoigne également : *« Ça arrivait que les gens arrivaient pis ils avaient l'air un peu fatigués tsé, le lundi souvent on est un peu pockés de notre fin de semaine [...] »*. Concernant la durée des rencontres, un animateur du groupe d'enfants mentionne : *« Je pense que 2 heures, on en demandait beaucoup aux enfants pis vers la fin, là il y a plus grand-chose qui rentrait dans leurs têtes »*.

De manière unanime, les animateurs du programme ont également soulevé que la longueur des contenus d'éducation psychologique a pu être une limite à la mise en œuvre du programme :

« Quand qu'y avait trop d'éducation psychologique, trop de choses à dire, on savait qu'on allait perdre l'auditoire - les enfants. Faque c'était quand même difficile parce qu'il fallait des fois, le passer pour le passer pis on savait que ça n'allait pas raisonner dans la tête des enfants à 100 % parce que le contenu était un peu trop long », animateur auprès des enfants.

Certains animateurs ont aussi mentionné que le temps de préparation en vue de l'animation des rencontres et la complexité du protocole d'intervention ont pu être contraignants dans la mise en œuvre du programme. Une animatrice du groupe parents en témoigne :

« J'aurais peut-être aimé ça savoir pendant la formation à quel point le cahier yé gros pi yé long à apprendre pi ça demande beaucoup de préparation (...) pour une rencontre de 2 heures je mettais un 3-4 heures des fois 5 heures de préparation. 5 heures c'est très rare là, je pense que ça été ma première animation, parce que je voulais être sûre que tout était correct. »

Inversement, un autre animateur (groupe enfants) a plutôt mentionné que : *« je pensais que ça allait devoir prendre encore plus de préparation mais la façon dont est monté le programme... euh c'est facile de se préparer pis c'est facile de le maîtriser rapidement. »*

Également, l'environnement dans lequel avait lieu les rencontres ressort parmi les obstacles de la mise en œuvre, selon le point de vue des enfants et des animateurs du groupe d'enfants :

« On n'avait pas beaucoup de matériel. juste deux coussins, donc tsé ça aurait été cool d'avoir plus d'espace, plus de matériel... [...] que tout le monde aille sa place, plus un coin pour faire des percussions, plus un coin quand c'est pour bouger, pis aussi c'est imposant de venir dans un local de classe avec des bureaux. », animatrice du groupe d'enfants.

Facteurs facilitants

Par rapport aux facteurs ayant facilité la mise en œuvre du programme, un thème principal se dégage, soit les caractéristiques du programme (le contenu, le matériel et le format). En ce sens, l'animatrice du groupe de parents a rapporté que : *« Le programme était très bien monté pis facile à suivre pour les animateurs »*. L'animatrice du groupe d'enfants a souligné quant à elle que : *« Le guide d'animation, super bien fait aussi, donc c'était facile pour moi de m'y repérer, de l'utiliser vraiment dans les rencontres. Il y a des sections où ils donnaient un peu des exemples de comment on pourrait dire certaines choses, ça ça m'a aidé »*. Deux autres éléments ayant facilité la mise en œuvre qui ressortent des entrevues réalisées auprès des animateurs, sont la formation et la supervision reçues :

« Ben, tout a été vraiment sur la coche comme on dit là je trouve qu'on a eu vraiment une belle formation, on a eu des belles réflexions, des belles discussions », animatrice du groupe parent.

« Puis, il y avait aussi une supervision de groupe à chaque semaine, donc ça c'était aidant aussi parce qu'on venait partager un peu ce que chacun a ressenti, ce que s'est passé pendant les rencontres. Ça nous aidait aussi à nous ajuster pour la suite, je pense que c'était vraiment gagnant. », animatrice du groupe d'enfants.

Du point de vue des parents, l'impact positif perçu chez leurs enfants a été un facteur qui a favorisé leur participation au programme et ainsi, a pu favoriser la mise en œuvre de celui-ci. Une mère en témoigne : « *Je te dirais que de voir les enfants évoluer autant là-dedans, oui ça... moi ça serait ça qu'est-ce qui m'a donné vraiment envie là de pas abandonner, de revenir, de continuer, ça serait ça.* ».

De plus, l'ambiance au sein du petit groupe de participants s'est avérée être un facteur facilitant et grandement apprécié par les participants, qui leur a permis de se sentir confortable et à l'aise de partager leur vécu. Cet extrait d'un père participant le met en évidence :

« C'est un petit groupe, on était quatre personnes, pis là j'ai commencé à dire vraiment que je me sentais sans gêne, pis que personne n'est là pour me juger, pis qu'on vit toute des choses difficiles dans vie. Pis que, y avait ça, cette ambiance-là, l'ambiance feutrée, la lumière, une chandelle, une aromathérapie. Si tu crées vraiment une ambiance de Eille! Tu es dans une zone confortable. On est là pour t'aider. ».

Ce même élément facilitant a également été relevé par l'animatrice auprès des parents. Celle-ci mentionne : « *il y avait tout le temps c'est ça la petite ambiance plus feutrée qui laissait place comme plus aux confidences mettons, pi au calme* ».

Objectif 3. Effets préliminaires et retombées perçues

Cette section présente les résultats portant sur les connaissances réelles et perçues en santé mentale, les émotions négatives vécues et les interactions positives entre les membres de la famille des participants, au début et à la fin du programme FAMILLE+.

Littératie en santé mentale

Le score médian de connaissances des enfants concernant la santé mentale et la dépression au début du programme était de 3,00/6 (1,00-4,50), alors qu'il était de 5,00/6 (4,00-6,00) à la fin du programme. Du côté des parents, le score médian représentant leur perception des connaissances sur la dépression, ses impacts sur la famille, les facteurs de résilience et les stratégies d'adaptation était de 3,20/5 (3,00-3,50) au début du programme, alors qu'il était de 4,60/5 (3,80-5,00) à la fin de leur participation au programme FAMILLE+.

Émotions négatives perçues

Concernant les émotions négatives (honte et culpabilité) ressenties par les parents par rapport à la dépression parentale, le score médian était de 2,50/4 (2,50-3,00) au début du programme, alors qu'il était de 1,50/4 (1,50-2,50) à la fin du programme.

Interactions positives

Selon les réponses des enfants aux questionnaires, le score médian représentant la fréquence d'interactions positives avec les membres de leur famille était de 2,80/4 (2,60-3,60) au début du programme et de 3,00/4 (2,40-3,80) à la fin. Du côté des parents, le score médian pour cette variable était de 4,00/4 (3,00-4,00) au début du programme et de 4,00 (4,00-4,00) à la fin de celui-ci.

Autres retombées

Habiletés de communication. Parmi les bénéfices perçus nommés par les parents concernant leur participation au programme, et qui n'étaient pas anticipés à si court terme, figure l'amélioration de leurs habiletés de communication. Un père mentionne à ce sujet : « *On a beaucoup amélioré la communication* ». Et une mère souligne : « *Je dirais qu'après le programme je commence à être beaucoup plus à l'écoute. [...] J'écoute différemment. J'écoute vraiment différemment* ».

Stratégies d'adaptation. Les animateurs ont aussi relevé un autre bénéfice perçu du programme FAMILLE+ sur les participants : l'impression d'avoir permis aux participants de développer un bagage de stratégies qu'ils pourront utiliser dans différents contextes :

« La rencontre familiale. On les a vraiment préparés à comment communiquer, qu'est-ce qui arrive en cas de problème, comment on le règle, pi on dirait que ça leur a donné vraiment les outils nécessaires pour la suite, parce qu'y en a même qui ont refait une rencontre familiale après », animatrice auprès des parents.

D'autres animateurs abondent dans le même sens, en rapportant percevoir que le programme a pu notamment avoir une influence positive sur les habiletés socio-émotionnelles des familles :

« Au niveau des émotions, donc au début c'était plus difficile pour eux d'identifier leurs émotions. [...] mais vraiment plus ça allait plus on voyait que les enfants étaient à l'aise à trouver quelles émotions ils vivaient. Puis, aussi la nommer, donc verbaliser pourquoi ils vivent cette émotion-là. », animatrice du groupe d'enfants.

Relations familiales positives. Des bénéfices ont été également perçus en ce qui a trait aux relations familiales. Sam (11 ans) en témoigne : « *On était plus de bonne humeur. [...] mon père y'était plus de bonne humeur. On utilisait les stratégies. [...] On est plus souriant, on est plus reconnaissant, on s'aide plus* ». Un père souligne aussi sa perception des effets du programme, qui vont dans le même sens :

« On est moins dans le jugement, les uns envers les autres, je comprends plus mes enfants. Je comprends ce qu'ils vivent. Je me mets à leur place beaucoup mieux. Je mets mes soucis de

côté, soucis de travail pour essayer de travailler fort pis d'essayer de combler un équilibre dans la famille. Je suis plus présent quand je suis avec eux autres. ».

Deux enfants ont aussi rapporté lors des entrevues qu'il y avait moins de conflits au sein de leur famille et qu'ils étaient davantage en mesure de les régler. Notamment, Arthur (9 ans) : « *C'est plus facile pour moi de régler mes conflits [...], ils ont bien aidé notre famille pour la dépression. Parce qu'avant, on avait plein de conflits à notre maison et maintenant on en a un peu moins* ».

Discussion et implications pour la pratique

Cette étude pilote avait pour but d'évaluer la fidélité de la mise en œuvre du programme FAMILLE+, les principaux obstacles et les éléments facilitants à l'implantation, ainsi que les effets préliminaires et les retombées perçues chez les familles participantes. De manière générale, cette évaluation a permis de documenter la faisabilité de la mise en œuvre du programme, son acceptabilité et son aspect prometteur pour intervenir auprès des familles comptant un parent ayant un trouble dépressif majeur et un enfant âgé entre 7 et 11 ans.

Évaluation de la mise en œuvre

Les résultats soulignent que le programme a été implanté de manière fidèle à ce qui était attendu. Les scores obtenus par rapport à l'adhésion des animateurs à l'égard du protocole pour l'animation des rencontres ont été évalués comme étant très fidèles avec des scores supérieurs à 75 % (Durlak et Dupré, 2008). Ces scores supposent que la plupart des éléments prévus au protocole ont été abordés. Le niveau d'adhésion au protocole le plus faible pour les deux groupes correspond à la dernière rencontre du programme. Ce résultat peut s'expliquer par le fait que les deux familles sont arrivées en retard à la séance, ce qui a nécessité des ajustements au niveau du contenu abordé.

Concernant la qualité de l'animation, les résultats issus à la fois des parents, des animateurs et de deux observateurs externes soulignent la qualité élevée de la prestation des animateurs du programme à chacune des rencontres. Les résultats préliminaires indiquent aussi que le contenu et les modalités d'apprentissage sont bien appréciés par les parents et les enfants ayant participé au programme ainsi que les animateurs. Trois activités et outils ont été particulièrement appréciés par les enfants participants : le livre l'histoire *Le Trésor de l'île Rouge* (Piché et al., 2021; Vetri et al., 2022), les percussions corporelles et les activités de dessins. Rappelons que ceux-ci ont été intégrés dans le programme FAMILLE+ dans le but de rendre le contenu accessible aux enfants âgés entre 7 et 11 ans. En observant les résultats, il est aussi possible de constater que le niveau de participation des enfants et le niveau du climat de groupe étaient très satisfaisants pour l'ensemble des rencontres. Ces résultats vont dans le même sens que les recommandations de la littérature scientifique, qui nomment que les histoires et activités interactives sont très utiles pour l'intervention auprès d'enfants de ce groupe d'âge (Garber et al., 2016). De plus, les activités proposées semblent sécuritaires pour les enfants et les parents, selon les résultats obtenus. Dans l'ensemble, les activités n'ont pas

suscité d'émotions négatives importantes ni entraîné d'augmentation de symptômes intériorisés ou extériorisés chez les enfants participants.

Principaux obstacles et éléments facilitants à l'implantation

Somme toute, les principaux facteurs ayant facilité la mise en œuvre du programme FAMILLE+ sont les caractéristiques du programme, la formation et la supervision offertes aux animateurs, l'ambiance au sein du groupe de participants et l'impact perçu chez les enfants. Ces facteurs sont cohérents avec ceux identifiés dans la littérature comme facilitant ou limitant la mise en œuvre de programmes (Barry, 2007; Chen, 2005; Novins et al., 2013).

Les caractéristiques du programme ont probablement influencé la qualité de la mise en œuvre, en améliorant la capacité des animateurs à transmettre l'information de manière claire et dynamique, solliciter la participation des parents et des enfants ainsi que démontrer une écoute active et empathique. D'abord, le programme FAMILLE+ comprend un manuel d'animation détaillé qui a été apprécié par les animateurs ayant participé à cette étude. La présence d'un manuel descriptif est reconnue dans la littérature comme l'un des facteurs les plus importants pour faciliter l'implantation d'un programme, puisqu'il facilite l'organisation et la planification de l'animation du contenu des rencontres (Joly et al., 2005). À l'inverse, la complexité du programme présenté dans le protocole d'intervention et le temps nécessaire pour s'y préparer auraient pu être une menace à la qualité de l'implantation (Bauman et al., 1991), comme le soulèvent d'ailleurs certains animateurs du programme. Ensuite, les animateurs ont mentionné que la qualité de la formation ainsi que l'accès à une supervision hebdomadaire auraient favorisé la qualité de la mise en œuvre du programme. D'ailleurs, l'importance de ces deux éléments est bien reconnue et fait même consensus dans les écrits scientifiques portant sur l'implantation de programmes (Dumas et al., 2001; Joly et al., 2005).

Un facteur lié à la clientèle, qui est à notre connaissance très rarement abordé dans les écrits antérieurs portant sur la mise en œuvre de programmes ciblant les familles, est ressorti du discours des parents ayant participé au programme, soit la perception de l'impact positif sur les enfants participants. Puisque le devis de notre étude ne permet pas de généraliser les résultats, il serait intéressant que de futures études se penchent sur l'importance de ce facteur pour favoriser l'engagement des parents dans un programme d'intervention familiale.

Évaluation des effets préliminaires et retombées perçues

Bien qu'il s'agisse de données exploratoires compte tenu du faible nombre de participants, les résultats soulignent que deux des trois objectifs à court terme du programme ont été atteints. Premièrement, les enfants et les parents rapportent avoir appris de nouvelles connaissances sur la dépression et ses impacts sur la famille. Ce résultat converge avec deux des études randomisées contrôlées portant sur les effets de FT (Beardslee et al., 2007). Deuxièmement, les parents rapportent ressentir moins de honte, de culpabilité, de tristesse et d'autres émotions négatives par rapport à leur propre trouble mental ou celui de leur conjoint-e, après avoir participé au programme FAMILLE+ qu'au tout début de celui-ci. Certains auteurs

postulent que le fait de mieux comprendre le trouble dépressif (ex., symptômes, facteurs de risque, traitements) et de pouvoir partager avec d'autres parents leur histoire familiale, leur vécu ainsi que leurs préoccupations (ex., par rapport aux impacts de la dépression sur la parentalité, la vie familiale, le développement de leur-s enfant-s), aide les parents à se sentir mieux et à réduire leurs émotions négatives à ce sujet (ex., Beardslee et al., 2007).

Concernant le troisième objectif à court terme, malgré le fait que les questionnaires n'ont pas mis en évidence une amélioration au niveau des interactions positives vécues dans les familles, plusieurs participants ont constaté des changements positifs dans leur vie familiale. Notamment, dans la même lignée que les résultats de Fernando et al. (2018) obtenus auprès des participants au programme *Kanu*, les participants à FAMILLE+ sont maintenant plus en mesure d'écouter les autres, de comprendre ce qu'ils ressentent et d'être capables de communiquer leurs besoins. Également, des enfants ont rapporté avoir vécu moins de conflits au quotidien et davantage de moments agréables en famille. Un intervenant a aussi soulevé qu'au moins une des deux familles a mis en pratique une deuxième rencontre familiale à la maison, dans le but de continuer leur discussion concernant leurs préoccupations familiales. Malgré que l'objectif de planifier et d'avoir des rencontres familiales soit un objectif fréquemment ciblé dans ce type de programme, à notre connaissance aucune étude n'a rapporté de résultat sur ce type de retombées et il est donc difficile d'interpréter ce résultat ou de le généraliser.

Forces et limites de l'étude

Une force importante de la présente étude est l'utilisation d'un devis de recherche mixte convergent et participatif. L'équipe de recherche a ainsi recueilli et analysé des données de quatre types d'informateurs distincts (enfants, parents, animateurs et assistantes de recherche), à travers trois méthodes de collecte (enregistrements audio, questionnaires et entrevues), à plusieurs moments (avant, pendant et après le programme). Ces multiples collectes ont permis de faire une validation croisée des données afin d'augmenter la validité et le niveau de confiance face aux résultats de recherche (Alain et Dessureault, 2009).

Malgré cette grande force méthodologique, la présente étude comporte aussi certaines limites à considérer. D'abord, il importe de faire preuve de précaution dans la généralisation des résultats présentés, puisqu'il s'agit d'une étude pilote réalisée auprès de seulement huit participants. D'autres évaluations incluant de plus grands échantillons sont donc recommandées afin de vérifier si les résultats identifiés dans le cadre de cette étude pilote demeurent similaires lorsque le programme est offert à des échantillons plus larges et des clientèles plus diversifiés. Également, certaines variables ont été mesurées avec des instruments non validés. Par exemple, la compréhension du contenu chez les enfants a été évaluée à l'aide de cinq items à choix multiples, qui ont été générés à partir du contenu des rencontres et des chapitres de l'histoire de pirates. Par contre, étant donné que ces questions changent d'une rencontre à l'autre pour refléter le contenu spécifique des rencontres, les réponses des enfants peuvent varier en fonction des caractéristiques propres aux questions elles-mêmes autant qu'en fonction de leur réelle compréhension du contenu des rencontres. Enfin, la présente étude a été

réalisée dans un contexte de recherche et non dans un milieu de pratique naturel (ex., CISSS ou organisme communautaire). Ce contexte est reconnu comme étant favorable à la mise en œuvre de programmes d'intervention, en raison de ses conditions optimales (ex., contrôle rigoureux des conditions d'implantation, personnel hautement qualifié). Par contre, il s'agit d'un choix hautement critiqué (Joly et al., 2005; Brière, 2017), en raison du « caractère artificiel de la preuve d'efficacité et la difficulté à transférer [des programmes] évalués dans des conditions optimales dans des conditions de pratique souvent variables et contraignantes » (Brière, 2017, p. 119). Ainsi, afin de s'assurer que les résultats soient généralisables dans des milieux qui ne bénéficient pas de soutien d'une équipe de recherche, il serait souhaitable qu'une prochaine évaluation de la mise en œuvre du programme FAMILLE+ soit réalisée dans un milieu de pratique.

Implications cliniques et pour la recherche

Malgré le nombre restreint de participants à la présente étude, l'ensemble des résultats convergent et suggèrent la pertinence et l'acceptabilité de ce type de programme d'intervention préventive pour les familles comptant un parent ayant un trouble dépressif et un enfant âgé entre 7 et 11 ans. Les thématiques ciblées, les activités et les modalités proposées ont été appréciées par les participants. Le fait de prévoir des rencontres de groupe pour les parents et pour les enfants en parallèle, pour ensuite organiser une rencontre familiale individuelle, est aussi un élément à retenir pour intervenir auprès de cette clientèle. Les résultats de cette étude suggèrent également que le programme FAMILLE+ pourrait être prometteur pour améliorer le bien-être des familles ciblées. Bien que les retombées n'aient été évaluées qu'auprès d'un seul petit échantillon d'enfants et de parents, étant donné les résultats positifs issus des multiples évaluations de l'efficacité du programme FT (Beardslee et al., 2007), on peut espérer que des résultats similaires puissent être obtenus auprès d'échantillons plus larges.

Également, les résultats exploratoires de cette étude mettent de l'avant la pertinence d'adapter le contenu et les modalités des interventions aux capacités développementales des enfants. Comme certains auteurs le mentionnent, l'utilisation d'outils d'apprentissage et d'activités adaptées pour la phase développementale dans laquelle se trouvent les enfants aiderait à favoriser leur compréhension, à discuter des éléments sensibles, à normaliser les expériences familiales qu'ils ont vécues ainsi qu'à maximiser leur participation active dans les rencontres (Garber et al., 2016). À plus long terme, cela pourrait même favoriser le développement du pouvoir d'agir et l'autodétermination des enfants ainsi que de réduire le stigmatisme social qu'ils peuvent vivre et ce, en plus d'augmenter les effets de l'intervention (Crane et Broome, 2017).

Conclusion

Au Québec, les interventions ciblant les familles comptant un parent ayant un trouble mental sont pour l'instant implantées de manière parcellaire. À notre connaissance, FAMILLE+ est le premier programme québécois ciblant spécifiquement les enfants et les familles vivant avec un parent ayant un TDM. Ce dernier se situe dans le prolongement direct des lignes directrices du Plan d'action

interministériel en santé mentale 2022-2026 du Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2022) et des directives pancanadiennes qui recommandent d'adopter un système de soins et de programmes d'aide intégrés pour les enfants et familles vivant avec un parent ayant un trouble mental, qui reconnaît l'importance des membres de la famille, les soutient dans leur rôle, répond à leurs besoins et favorise leur implication (MacCourt et al., 2013).

Dans le cadre de cette étude exploratoire, le programme FAMILLE+ a été testé pour la toute première fois auprès de deux familles comptant un parent ayant un trouble dépressif majeur. Dans l'ensemble, les résultats ont révélé que la mise en œuvre du programme a été réalisée de manière fidèle à ce qui était prévu au programme et que ce dernier est apprécié par les participants et les animateurs. Plusieurs facteurs ont facilité sa bonne mise en œuvre (ex., caractéristiques du programme, formation), alors que d'autres ont été considérés comme des obstacles (ex., horaire).

Références

- Alain, M. et Dessureault, D. (2009). *L'élaboration et l'évaluation de programmes d'intervention*. Presses de l'Université du Québec.
- Aldrige, J. et Becker, S. (2003). *Children caring for parents with mental illness: Perspectives of young carers, parents and professionals*. The Policy Press.
- Bauman, L. J., Stein, R. E. K. et Ireys, H. T. (1991). Reinventing fidelity: The transfer of social technology among settings. *American Journal of Community Psychology*, 19(4), 619-639.
- Barry, M. M. (2007). Building capacity for effective implementation of mental health promotion. *Guest Editorial in the Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health (AeJAMH)*, 6(2), 1-9.
- Beardslee, W. R., Martin, J. et Gladstone, T. (2012). *Family Talk preventive intervention manual*. Boston Children's Hospital.
- Beardslee, W. R., Wright, E. J., Gladstone, T. R. et Forbes, P. (2007). Long-term effects from a randomized trial of two public health preventive interventions for parental depression. *Journal of Family Psychology*, 21, 703-713. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.21.4.703>
- 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(3), 459-474. <https://doi.org/10.1007/s10802-007-9103-x>
- Bergeron, L., Berthiaume, C., St-Georges, M., Piché, G. et Smolla, N. (2013). Reliability, validity, and clinical use of the Dominic Interactive: A DSM-based, self-report screen for school-aged children. *Canadian Journal of Psychiatry*, 58(8), 466-475.
- Boily, M., St-Onge, M. et Toutant, M. T. (2006). *Au-delà des troubles mentaux, la vie familiale : regard sur la parentalité*. CHU Sainte-Justine.
- Bonin, J. P., Chicoine, G., Fradet, H., Larue, C., Racine, H., Jacques, M. C. et St-Cyr Tribble, D. (2014). Le rôle des familles au sein du système de santé mentale au Québec. *Santé mentale au Québec*, 39(1), 159-173.
- Brière, F. (2017). La recherche d'effectivité : nature, méthodes et rôle dans la validation des interventions fondées sur les preuves. *Revue de psychoéducation*, 46(1), 117-143.
- Chen, H.-T. (2005). *Practical program evaluation: Assessing and improving planning, implementation, and effectiveness*. Sage publishing.

- Christiansen, H., Anding, J., Schrott, B. et Rohrlé, B. (2015). Children of mentally ill parent – a pilot study of a group intervention program. *Frontiers in Psychology*, 6(1494), 1-8.
- Cooklin, A. (2010). 'Living upside down': Being a young carer of a parent with mental illness. *Advances in Psychiatric Treatment*, 16(2), 141-146.
- Cooklin, A. (2013). Promoting children's resilience to parental mental illness: engaging the child's thinking. *Advances in Psychiatric Treatment*, 19, 229-240.
- Crane, S. et Broome, M. (2017). Understanding ethical issues of research participation from the perspective of participating children and adolescents: A systematic review. *Worldviews on Evidence-based Nursing*, 14(3), 200-209.
- Cresswell, J. W. et Plano-Clark, V. L. (2011) *Designing and conducting mixed methods research*, (2e. éd.). Sage publishing.
- Crivello, G., Camfield, L. et Woodhead, M. (2009). How can children tell us about their wellbeing? Exploring the potential of participatory research approaches within young lives. *Social Indicators Research*, 90(1), 51-72.
- Dumas, J., Lynch, A. M., Laughlin, J. E., Smith, E. P. et Prinz, R. J. (2001). Promoting intervention fidelity. Conceptual issues, methods, and preliminary results from the Early Alliance prevention trial. *American Journal of Preventive Medicine*, 20(1), 38-47
- Durlak, J. A. et DuPre, E. P. (2008). Implementation matters: A review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *American Journal of Community*, 41(3-4), 327-.
- Dusenbury, L., Brannigan, R., Falco, M. et Hansen, W. B. (2003). A review of research on fidelity of implementation: Implications for drug abuse prevention in school settings. *Health Education Research*, 18(2), 237-256.
- Fernando, S. C., Griepenstroh, J., Bauer, U., Beblo, T. et Driessen, M. (2018). Primary prevention of mental health risks in children of depressed patients: Preliminary results from the Kanu-intervention. *Mental Health & Prevention*, 11, 33-40.
- Foster, K., O'Brien, L. et Korhonen, T. (2012). Developing resilient children and families when parents have mental illness: A family-focused approach. *International Journal of Mental Health Nursing*, 21(1), 3-11.
- Garber, J., Frankel, S. A. et Herrington, C. G. (2016). Developmental demands of cognitive behavioral therapy for depression in children and adolescents: Cognitive, social, and emotional processes. *Annual Review of Clinical Psychology*, 12, 181-216.
- Grove, C., Reupert, A. et Maybery, D. (2013). Gaining knowledge about parental mental illness: how does it empower children? *Child & Family social work*, 20, 377-386.
- Hinshaw, S. (2018). The development of children when a parent experiences mental disorder: Stigma, communication, and humanization. *Human development*, 61(2), 65-70.
- Hosman, C., Van Doesum, K. et Van Santvoort, F. (2009). Prevention of emotional problems and psychiatric risks in children of parents with a mental illness in the Netherlands: I. The scientific basis to a comprehensive approach. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 8(3), 250-263.
- International Business Machines Corporation (IBM). (2020). *Statistical Package for Social Sciences (SPSS, version 27)* [logiciel]. Armonk,. <https://www.ibm.com/fr-fr?lnk=m>
- Joly, J., Tourigny, M. et Thibaudeau, M. (2005). La fidélité d'implantation des programmes de prévention ou d'intervention dans les écoles auprès des élèves en difficulté de comportements. *Nouveaux cahiers de la recherche en éducation*, 8(2), 101-110.

- Knoll, A. D., & MacLennan, R. N. (2017). Prevalence and correlates of depression in Canada: Findings from the Canadian Community Health Survey. *Canadian Psychology, 58*(2), 116–123.
- Kovess, V. et Fournier, L. (1990). The DISSA: An abridged self-administered version of the DISSA. Approach by episode. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 25*(4), 179-186.
- Laporte, L. et Baillargeon, L. (2005). *Le trouble limite de la personnalité chez les parents des enfants suivis par les services de protection de la jeunesse : un motif de compromission?* 6e Symposium national sur la protection et le bien-être des enfants : Des enfants à protéger, des adultes à aider : deux univers à rapprocher, Montréal.
- Marston, N., Stavnes, K., Van Loon, L., Drost, L., Maybery, D., Mosek, A., Nicholson, J., Solantaus, T. et Reupert, A. (2016). A content analysis of Intervention Key Elements and Assessments (IKEA): What's in the black box in the interventions directed to families where a parent has a mental illness? *Child & Youth Services, 37*(2), 112-128.
- MacCourt, P., Comité consultatif sur les aidants membres de la famille. et Commission de la santé mentale du Canada. (2013). *Directives pancanadiennes en faveur d'un système de prestation de services pour les proches aidants d'adultes ayant une maladie mentale*. Commission de la santé mentale du Canada.
- Maronna, R., Martin, D. et Yohai, V. (2006). *Robust Statistics: Theory and Methods*. Wiley.
- Mendel, M. R., Harris, J. et Carson, N. (2016). Bringing bibliotherapy for children to clinical practice. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 55*(7), 535-537.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2022). *Plan d'action interministérielle en santé mentale 2022-2026 : S'unir pour un mieux-être collectif* (Publication n° 21-914-14W). La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Mowbray, C. T., Holter, M. C., Teague, G. B. et Bybee, D. (2003). Fidelity criteria: Development, measurement, and validation. *American Journal of Evaluation, 24*(3), 315-340.
- Mufson, L., Dorta, K. P., Moreau, D. et Weissman, M. M. (2004). *Interpersonal Psychotherapy for Depressed Adolescents* (2e ed.). Guilford Press.
- Newman, L. et Birlison, P. (2012). Mental health planning for children and youth: Is it developmentally appropriate? *Australasian Psychiatry, 20*(2), 91–97.
- Novins, D. K., Green, A. E., Legha, R. K. et Aarons, G. A. (2013). Dissemination and implementation of evidence-based practices for child and adolescent mental health: A systematic review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 52*(10), 1009-1025.
- Organisation mondiale de la santé. (2020). *Dépression : Principaux faits*. Organisation mondiale de la santé. <http://www.searo.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2008). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Armand Colin.
- Paquette, G., Joly, J. et Tourigny, M. (2009). La fidélité de l'implantation d'un programme d'intervention pour adolescentes agressées sexuellement : une mesure par observation systématique. *The Canadian Journal of Program Evaluation, 24*(2), 57–79.
- Piché, G., Villatte, A. et Habib, R. (2021). Les meilleures pratiques préventives ciblant les enfants, adolescents et jeunes adultes vivant avec un parent ayant un trouble mental. Dans G. Piché, A. Villatte et S. Bourque (dir.), *Trouble mental chez le parent : enjeux familiaux et implications cliniques* (p. 315-341). Presses de l'Université Laval.
- Piche, G., Bergeron, L., Cyr, M. et Berthiaume, C. (2011). Maternal lifetime depressive/anxiety disorders and children's internalizing symptoms: The importance of family context. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 20*(3), 176-185.

- Piché, G. et Villatte, A. (2021). Anxiété et dépression parentale: facteurs et mécanismes de vulnérabilités. Dans G. Piché, A. Villatte et S. Bourque (dir.), *Trouble mental chez le parent. Enjeux familiaux et implications cliniques* (p. 9-32). Presses de l'Université Laval.
- Piché, G., Vetri, K., Villatte, A. et Habib, R. (2021). *Le Trésor de l'Île Rouge* (3^e édition). 99 pages. <https://lapproche.uqo.ca/le-tresor-de-lile-rouge/>
- QSR International. (2020). N'Vivo [logiciel]. QSR International.
- Reupert, A., Maybery, D. et Kowalenko, N. (2012). Children whose parents have a mental illness: Prevalence, need and treatment. *Medical Journal of Australia*, 1(1), 7-9.
- Reupert, A. E., Cuff, R., Drost, L., Foster, K., Van Doesum, K. et van Santvoort, F. (2013). Intervention programs for children whose parents have a mental illness: a review. *The Medical Journal of Australia*, 199(3), 18-22.
- Riebschleger, J., Costello, S., Cavanaugh, D. L. et Grové, C. (2019). Mental health literacy of youth that have a family member with a mental illness: Outcomes from a new program and scale. *Frontiers in Psychiatry*, 10(2), 1-10.
- Salerno, G., Cefaratti, L. et Romero-Naranjo, F. J. (2017). The BAPNE Method: A new approach and treatment for depressive disorders. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 237, 1439-1443.
- Siegenthaler, E., Munder, T. et Egger, M. (2012). Effect of preventive interventions in mentally ill parents on the mental health of the offspring: Systematic review and meta-analysis. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51, 8-17.
- Thanhäuser, M., Lemmer, G., De Girolamo, G. et Christiansen, H. (2017). Do preventive interventions for children of mentally ill parents work? Results of a systematic review and meta-analysis. *Current Opinion in Psychiatry*, 30(4), 283-299.
- Valla, J. P (2008). *Dominique interactif*. Montréal : Digital Interactive Multimedia Assessment Tool.
- Van Santvoort, F., Hosman, C. M., van Doesum, K. T. et Janssens, J. M. (2014). Effectiveness of preventive support groups for children of mentally ill or addicted parents: a randomized controlled trial. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 23(6), 473-484.
- Villatte, A., Piché, G. et Habib, R. (2021). Comment soutenir la résilience des jeunes en transition vers l'âge adulte qui ont un parent atteint d'un trouble mental ? Ce qu'en pensent les jeunes concernés. *International Journal of Child and Adolescent Resilience*, 8(1), 62-79. <https://doi.org/10.7202/1077723ar>
- Villatte, A., Piché, G. et Benjamin, S. (2022). Perceived Support and Sense of Social Belonging in Young Adults Who Have a Parent With a Mental Illness. *Frontiers in Psychiatry*, 12(793344). <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.793344>
- Vetri, K., Piché, G. et Villatte, A. (2022). An Evaluation of the Acceptability, Appropriateness, and Utility of a Bibliotherapy for Children of Parents With a Mental Illness. *Frontiers in Psychiatry*, 13(815873). <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.815873>
- Wahl, P., Bruland, D., Bauer, U., Okan, O. et Lenz, A. (2017). What are the family needs when a parent has mental health problems? Evidence from a systematic literature review. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 30(1), 54-66.
- Weissman, M. M., Wickramaratne, P., Gameroff, M. J., Warner, V., Pilowsky, D., Kohad, R. G., ... & Talati, A. (2016). Offspring of depressed parents: 30 years later. *American Journal of Psychiatry*, 173(10), 1024-1032.
- Withnell, N. et Murphy, N. (2012). *Family interventions in mental health*. Open University Press.