

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

ESSAI DE 3^E CYCLE PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE
(PROFIL INTERVENTION)

PAR
SOPHIE BLOUIN

L'ÉVALUATION FAMILIALE EN PROTECTION DE LA JEUNESSE :
UNE ÉTUDE À CAS MULTIPLES

NOVEMBRE 2011

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE (D. Ps.)

PROGRAMME OFFERT PAR L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

L'ÉVALUATION FAMILIALE EN PROTECTION DE LA JEUNESSE :
UNE ÉTUDE À CAS MULTIPLES

PAR
SOPHIE BLOUIN

Carl Lacharité, directeur de recherche

Université du Québec à Trois-Rivières

Jean-Pierre Gagnier, évaluateur

Université du Québec à Trois-Rivières

Jérôme Guay, évaluateur externe

Université Laval (retraité)

Sommaire

L'intervention auprès des adolescents ayant des troubles de comportement présente de nombreux défis. Afin de maximiser les résultats avec ce type de problématique, quelques centres jeunesse du Québec ont opté pour une perspective familiale, soit d'intervenir auprès de tous les membres de la famille, plutôt que de privilégier une intervention exclusivement individuelle. Un parallèle semble, également, exister entre les troubles de comportement de l'adolescent et le concept de crise familiale. Ainsi, dans cette étude, la chercheure se questionne justement sur cette perspective familiale et sa capacité de bien intervenir auprès des adolescents ayant des troubles de comportement et leur famille. En plus, la chercheure a investigué davantage ce concept de crise afin de mieux saisir les réactions des membres de la famille lors d'un tel processus thérapeutique. Puis, l'introduction d'une perturbation utile, par l'intermédiaire de l'hypothèse clinique dans ce cas-ci, mobiliserait les membres de la famille vers de nouvelles opportunités. À l'aide d'une étude à cas multiples (huit familles ont été sélectionnées), la chercheure a analysé ce moment précis où l'hypothèse clinique est présentée aux membres de la famille afin de recueillir différentes observations. Ces observations ont été analysées par l'entremise des catégories conceptualisantes de Paillé et Mucchielli (2008). Les différents résultats ont permis de constater que malgré des caractéristiques et une problématique différentes, il est possible de constater que certaines catégories reviennent d'une famille à l'autre. En ce qui concerne les réactions des membres de la famille face à l'hypothèse clinique, les résultats démontrent des propos mitigés selon les familles. Enfin, les résultats permettent de constater que

certaines améliorations pourraient bonifier ce processus thérapeutique. En premier lieu, le concept de « non-entrevue » serait grandement utile pour les intervenants lorsque certains membres de la famille ne se présentent pas aux rencontres. En deuxième lieu, l'ajout de rencontre serait bénéfique, d'une part, pour accueillir les réactions des familles face aux propos de l'hypothèse clinique lorsque ce n'est pas possible lors de la deuxième rencontre, et d'autre part, pour faciliter le lien de confiance entre les membres de la famille et les intervenants et ainsi faire diminuer les résistances.

Table des matières

Sommaire.....	iii
Remerciements.....	vii
Introduction.....	1
Problématique	5
Considération de la famille dans le contexte des centres jeunesse au Québec	6
Vers une perspective familiale.....	8
Contexte théorique	12
Les caractéristiques générales d’une crise	13
Les caractéristiques d’une crise familiale	21
Les troubles de comportement et la crise familiale	25
La perspective familiale : une intervention à privilégier	26
L’hypothèse clinique : un déséquilibre profitable	29
L’objectif et la question spécifique de l’étude	35
Méthodologie	36
Devis de recherche	37
Les participants	38
Collecte de données	41
Cadre d’analyse.....	42

Déroulement.....	47
Résultats.....	49
Description des familles au moment de la présentation de l'hypothèse clinique	50
Analyse globale.....	66
Discussion	68
Conclusion	74
Références.....	78

Remerciements

La réalisation de cette étude a été possible grâce à la collaboration de monsieur Carl Lacharité qui a agi à titre de directeur dans la supervision de ce projet. Puis, les innovateurs de cette perspective familiale en lien avec les adolescents ayant des troubles de comportement, soit monsieur Jérôme Guay, le centre de réadaptation en question ainsi que tout le personnel qui a travaillé de près ou de loin à l'application de ce projet, ont permis à la chercheuse de prendre part à ce projet, en plus de réaliser cette étude. De plus, une attention particulière est rendue à l'Université du Québec à Trois-Rivières pour sa formation académique et son soutien dans la réalisation de cette étude.

Introduction

En 2009, les centres jeunesse du Québec fêtaient leur trentième anniversaire en tant qu'organisme à la protection de l'enfance. Depuis des années, les techniques d'intervention ne cessent d'évoluer afin d'assurer une protection adéquate aux enfants du Québec. Toutefois, encore aujourd'hui, l'intervention auprès des adolescents ayant des troubles de comportement représente un réel défi pour les intervenants. Heureusement, différentes pratiques semblent être mises en place par les centres jeunesse du Québec afin d'intervenir auprès de cette clientèle. Voici donc un bref inventaire des initiatives d'intervention familiale auprès des adolescents en centre jeunesse au Québec. D'abord, le Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec propose une intervention immédiate, intensive et de courte durée avec le Programme de maintien en milieu familial (PMMF). Ainsi, ce programme permettrait d'apporter le support nécessaire aux parents et aux adolescents afin qu'ils puissent gérer convenablement les crises vécues en milieu familial, tout en maintenant le jeune dans son milieu naturel au lieu d'opter rapidement pour un placement en institution (Tremblay & Larochelle, 2009). Puis, les spécialistes peuvent également utiliser l'intervention familiale : une approche clinique du type écosystémique qui permettrait de restaurer l'équilibre entre les besoins du jeune et la capacité de ses parents d'y répondre (LeClair & Barnes, 2009). Enfin, le Centre jeunesse Laval permettrait aux intervenants de cette institution, une modalité d'accès à la dynamique du jeune et de sa famille grâce à l'entretien familial (Arpin, Bergeron, Cyr & Dupuis, 2007). Néanmoins, peu importe la

stratégie adoptée, l'offre de service globale des centres jeunesse consiste à répondre à quatre objectifs bien précis : protéger le jeune, réduire les séquelles, accroître les compétences et prévenir la récurrence de la compromission (Centre jeunesse de Montréal, Institut universitaire).

Avec les années, on constate que l'intervention individuelle avec ce type de clientèle comporte certaines limites. Ainsi, que ce soit l'Institut universitaire des centres jeunesse de Montréal ou l'Institut universitaire des centres jeunesse de Québec, il semblerait que l'intervention auprès de la famille est tout à fait primordiale lorsqu'un problème se manifeste. Par exemple, l'Institut universitaire des centres jeunesse de Montréal s'appuie sur trois principes fondamentaux dans l'élaboration de leur mission auprès des adolescents :

Le partenariat famille/intervenant est un élément important pour assurer la protection de l'enfant ou du jeune. La compréhension de la perspective famille est essentielle au partenariat. Sans la perspective et le point de vue de la famille sur les problèmes et les solutions, les risques pour le jeune peuvent s'accroître.

De plus, selon Guay (n.d. b) et Brendler (1990), il semblerait que les troubles de comportement des adolescents soient associés au concept de crise familiale. Ainsi, à l'aide de cette étude, nous souhaitons nous interroger sur l'efficacité d'une intervention davantage familiale en lien avec ce concept de crise familiale.

Pour ce faire, les caractéristiques générales d'une crise seront présentées pour ensuite aborder celles qui concernent la crise familiale. Afin de bien représenter ce

concept de crise familiale sur le plan clinique, une description d'une stratégie d'intervention appelée l'hypothèse clinique, basée sur un concept similaire à la crise, sera exposée. Le présent document exposera ensuite l'objectif et les questions spécifiques de la recherche. La méthodologie de la recherche sera présentée en précisant le devis de recherche, les participants, la collecte de données, le cadre d'analyse ainsi que le déroulement. Pour ensuite laisser place aux résultats de l'analyse des différentes données. Finalement, la discussion incluant les retombées escomptées d'un tel projet sera présentée.

Problématique

Il y a quelques années, les institutions québécoises qui intervenaient auprès des adolescents ayant des troubles de comportement semblaient privilégier une intervention essentiellement individuelle. C'est-à-dire que les interventions réalisées auprès de cette clientèle agissaient directement sur les comportements indésirables que l'adolescent manifestait. Cette façon de faire répondait au principe qu'il soit beaucoup plus facile d'intervenir auprès de l'adolescent directement qu'auprès de toute sa famille puisque l'être humain est déjà assez complexe dans son unicité. De cette façon, impliquer d'autres personnes dans l'intervention ne ferait qu'augmenter cette complexité.

Considération de la famille dans le contexte des centres jeunesse au Québec

Si on se réfère aux centres jeunesse du Québec qui sont considérés comme étant les spécialistes dans l'intervention auprès des adolescents ayant des troubles de comportement, il est possible de remarquer que l'intervention individuelle prend encore une place importante dans les interventions privilégiées. Dans les faits, 50 % des enfants (statistiques globales pour les centres jeunesse au Québec en 2006) qui font l'objet d'un signalement à la protection de la jeunesse sont retirés de leur famille et hébergés par les centres jeunesse (Les centres jeunesse du Québec, 2006). Cette façon d'intervenir permet ainsi de faire une intervention individuelle auprès de l'enfant tout en lui permettant de se développer à l'extérieur des influences négatives de son milieu familial.

Il ne faut pas oublier que les parents sont souvent tenus responsables des comportements de leurs enfants. L'institution représente donc l'endroit idéal pour aider le jeune. Malgré ces procédures, un travail avec la famille est tout de même réalisé sans pour autant être central.

Toutefois, des intervenants œuvrant dans les centres jeunesse ont remarqué que cette intervention individuelle ne semblait pas atteindre les résultats escomptés, et ce, même après plusieurs années d'intervention. En fait, lorsqu'un retour dans la famille est prévu, celui-ci se solderait souvent par un échec et l'adolescent se verrait dans l'obligation de retourner en institution (Arpin, Bergeron, Cyr, & Dupuis, 2007). Selon Guay (n.d. a, b), en mettant l'accent sur ces comportements inappropriés, on risque trop souvent de mettre de côté toute la compréhension de la fonction adaptative à laquelle servent ces comportements. En fait, l'enfant ou l'adolescent ont « généralement déjà capté les tensions présentes dans la famille. Ils cherchent à s'adapter instinctivement, ils disent sans dire (par des comportements d'agitation ou de réclamation) » (Gagnier, & Roy, 2009, p.221). En se penchant sur cette clientèle, on constate souvent que la personne qui a les comportements inadéquats (la personne qui a les symptômes) diffère de la personne qui fait la demande auprès de l'établissement spécialisé et que, dans bien des cas, il y a plus d'un membre de la famille qui souffre des troubles de comportement du jeune concerné. C'est pour cette raison qu'une intervention familiale serait plus bénéfique puisqu'il y a plus d'une personne qui semble concernée par la problématique et que les troubles de comportement semblent être le résultat des tensions familiales.

Ainsi, en intégrant la famille de l'adolescent à l'intervention, on risque de mieux comprendre les agissements inacceptables de celui-ci. De plus, Louis Emery (cité dans Ausloos, 1995) considère que « l'institution est un coffre à outil dont les parents ont la clef. Travaillons ensemble pour qu'ils puissent s'en servir » (p.163).

Afin de pallier ces limites, la Loi de la protection de la jeunesse a accordé une plus grande place à la famille. Celle-ci souligne l'importance de maintenir l'enfant ou l'adolescent dans son milieu familial et de tout faire, dans la mesure du possible, pour aider les parents à assumer leurs responsabilités auprès de leur enfant (Gouvernement du Québec, 2008). Puis, ces nombreuses limites ont également amené les intervenants de plusieurs établissements de services à se questionner sur cette perspective individuelle. Ce qui a créé de nouveaux programmes d'intervention dont certains ont été cités plus haut. Dans le cadre de ce projet, un programme en particulier avec une perspective davantage familiale sera détaillé et analysé. Afin de préserver la confidentialité des usagers et des intervenants de ce programme, l'institut en question ne sera pas nommé.

Vers une perspective familiale

Afin de bien comprendre en quoi consiste cette nouvelle perspective familiale, il est important de tenir compte des différentes caractéristiques de la clientèle ainsi que du contexte d'intervention. Il va sans dire que la plupart des familles qui reçoivent les services du centre jeunesse font face à plusieurs problèmes. La documentation

professionnelle et scientifique parle de familles « multiproblématiques ». Il n'est pas rare de retrouver un ou des diagnostics psychiatriques chez un ou plusieurs membres de la famille, de la toxicomanie, des histoires de négligence, de traumatismes (victimes ou témoins de violence ou d'abus, tant psychologique que physique ou sexuel), des troubles du comportement, des troubles de l'attachement, des histoires marquées de ruptures ou de séparations, d'instabilité ou de difficultés personnelles, des indices de détresse et d'isolement social, un milieu socio-économique souvent modeste ou pauvre, ainsi qu'une forte propension à l'agir (l'acting out) (Guay, Cyr, & Bergeron, 2007).

En ce qui a trait au contexte d'intervention, celui-ci se fait à l'intérieur d'un mandat légal, soit celui de la Loi de la protection de la jeunesse. Cela se traduit par le fait que les intervenants doivent travailler auprès d'une clientèle qui possède certaines réticences aux interventions suggérées. Même lorsque les parents sont à l'origine du signalement, les intervenants des centres jeunesse peuvent être perçus comme étant intrusifs et faire l'objet de nombreux commentaires négatifs.

Puis, il n'est pas rare que les intervenants des centres jeunesse fassent suite à de nombreux intervenants d'autres institutions. Avant d'entreprendre une démarche auprès de la protection de la jeunesse, les familles ont souvent eu recours aux services du réseau public ou d'un consultant privé. Et, même à l'intérieur du centre jeunesse, les familles doivent rencontrer plusieurs intervenants de services différents. Ce qui implique qu'il est tout à fait essentiel de tenir compte de tous ces acteurs.

Par ailleurs, afin de se familiariser avec cette perspective familiale, il est important de bien saisir les postulats de base qui servent à encadrer le travail auprès des familles (Arpin, Bergeron, Cyr, & Dupuis, 2007). Tout d'abord, la perspective familiale est centrée sur l'écoute des besoins de la famille. Il est important de reconnaître la complexité de leur expérience, de leur histoire et de leur situation. Puis, l'alliance de travail avec la famille est primordiale. L'intervention passe d'abord par la relation. Alliance de travail implique nécessairement respect du client. En fait, la perspective familiale part de la croyance que, dans la majorité des cas, ce qu'a fait la famille jusqu'à présent est ce qu'elle a trouvé de mieux à faire dans les présentes circonstances. De plus, il est important de redonner du pouvoir à la famille afin de développer leur sentiment de compétence et ainsi favoriser le fait que les membres de la famille trouvent eux-mêmes des solutions aux difficultés qu'ils identifient. Ainsi pour la famille, « le pouvoir de l'intervenant consiste à leur procurer toute l'information disponible pour leur permettre de prendre des décisions éclairées » (Lemay, 2009, p.103). Peu importe l'intervention choisie, il n'y a pas de recette miracle. Donc, la perspective familiale se doit d'être flexible, souple et créative afin de pouvoir s'adapter aux particularités de la famille. Enfin, il ne faut pas oublier que les intervenants du centre jeunesse sont appelés à travailler avec certains concepts tels que la propension à l'agir et des éléments de post-trauma. Ainsi, il faut souvent contenir la famille tant à l'intérieur des rencontres qu'à l'extérieur. Selon Ausloos (1995), « toute perspective thérapeutique appuyée sur cette dialectique a bien plus de chance de progrès que les recherches ou les thérapies classiques qui séparent l'individu de son milieu » (p.13).

De plus, selon certains auteurs cités ci-haut, il semblerait que les comportements inacceptables de ces adolescents soient associés à une crise familiale. De cette façon, l'intervention auprès des familles nous permet de réaliser l'ampleur de cette crise familiale. Auparavant, ce concept de crise n'était pas nécessairement associé à ce système familial. Toutefois, il semble primordial de bien comprendre ce concept de crise afin de bien saisir la problématique qui cause tout ce déséquilibre au sein de la famille. Ainsi, plusieurs questions viennent orienter l'essence même de ce travail. Qu'est-ce qu'une crise? Qu'est-ce qu'une crise familiale? Le fait de bien se familiariser avec ce concept de crise nous permettra-t-il de mieux saisir la dynamique familiale? Quels sont les enjeux qui sont cernés à l'intérieur de la famille?

Contexte théorique

Les caractéristiques générales d'une crise

Le XX^e siècle représente une période importante en ce qui a trait au développement des théories de la crise. Ainsi, on attribue la première définition de la crise à Thomas, un sociologue, qui la définit comme étant « une menace, un défi, un appel à l'action. » (Poirier & Larose, 2007, p.24) Toutefois, c'est Gerald Caplan qui a le plus influencé l'évolution des théories actuelles de la crise. En 1961, Caplan affirme que les personnes vont être en situation de crise lorsque celles-ci sont confrontées à un obstacle et que leur mode de fonctionnement normal n'est pas en mesure de le surmonter. Ainsi, l'individu en crise qui tente ardemment de trouver une solution devrait traverser une période de désorganisation et de tristesse intense. En 1964, Caplan ajoute que la crise surgit lorsque la personne réalise qu'elle n'est plus en mesure d'atteindre les buts importants qu'elle s'était fixés. Puis, d'autres auteurs ont également tenté de bien définir ce concept. Par exemple, selon Carkhuff et Berenson (1977), l'état de crise survient lorsque l'individu ne connaît pas la façon adéquate de réagir à la situation. Pour ce qui est de Belkin (1987), celui-ci mentionne que les crises sont des difficultés personnelles ou des circonstances qui paralysent les personnes qui les subissent et les empêchent d'être en contrôle de leur vie. Enfin, Brammer (1985) définit la crise comme un état de désorganisation dans lequel une personne est confrontée à l'anéantissement de buts importants dans sa vie ou à une rupture profonde dans son cycle de vie et dans son

mode d'adaptation habituel. Encore aujourd'hui, certains auteurs tentent d'apporter plus de précisions à ce concept qui semble assez complexe à définir. De plus, selon Poirier et Larose (2007), une crise se définit avant tout par le déséquilibre.

Afin de bien comprendre le concept de crise, il est important de s'attarder à l'étymologie de ce mot. D'après Poirier et Larose (2007), « le concept de crise dérive du grec ancien *krisis* qui signifie 'point tournant' ou 'décision' » (p.20). Si on se réfère à la langue chinoise, on constate que l'idéogramme « crise » est symbolisé par deux signes, l'un qui représente le danger tandis que l'autre représente l'opportunité. Cela rejoint très bien les propos d'Aguilera et Messick (1982) qui affirment que l'état de crise peut également être considéré comme une opportunité puisque la détresse qui est ressentie incite l'individu à demander de l'aide. Par ailleurs, Janosik (1984) mentionne que tout déséquilibre associé à la crise sera accompagné d'anxiété. Cet inconfort représente le stimulus qui favorise le changement. Il est important de souligner que l'anxiété doit atteindre un certain niveau pour que la personne réagisse à cet inconfort et admette ainsi que son problème est hors de contrôle. De plus, lorsque la personne « choisit » l'opportunité, toute intervention risque de l'aider tant sur le plan de sa croissance personnelle que sur le plan de sa réalisation personnelle (Brammer, 1985). Toutefois, il s'agit d'un mythe de penser que la crise est toujours une occasion de croissance (Poirier & Larose, 2007). Parfois, les souffrances et les déséquilibres d'une personne sont tellement intenses, que ceux-ci excèdent amplement les ressources et les capacités d'adaptation. Ainsi, que ce soit en grec ou en chinois, nous pouvons

saisir l'essentiel de ce qu'est la crise : un moment de danger, de risque, de faiblesse, de peur, de doute, de honte, qui conduit à un point tournant qui force des décisions, qui oblige à des choix, ne serait-ce que le choix de ne rien faire. (Poirier & Larose, 2007, p. 20)

Selon Roberts (2000), la crise se caractérise par cinq éléments principaux : l'événement précipitant (perçu comme étant menaçant); l'expérience d'un stress important (que les circonstances vont occasionner); les sentiments de perte de contrôle, de peur et de confusion; une détresse psychologique croissante (celle-ci envahit le quotidien de l'individu) et un déséquilibre important (qui se manifeste dans le quotidien ainsi que dans le fonctionnement social). Selon France (2002), la crise va se définir par cinq caractéristiques quelque peu différentes. Premièrement, les crises vont être précipitées par des déclencheurs. Ces déclencheurs représentent des événements spécifiques identifiables qui dépassent les capacités habituelles d'un individu à remédier à un problème. Deuxièmement, il est important de souligner que les crises sont normales et qu'elles font partie des transitions de la vie. Troisièmement, les crises sont individuelles et idiosyncrasiques. C'est-à-dire que ce qui déclenchera une crise chez un individu pourrait ne provoquer aucune réaction chez un autre, et inversement. En fait, c'est la perception de l'événement et l'interprétation que nous en faisons qui sont importantes à considérer et ce, plus que l'événement lui-même. Comme l'ont souligné Bard et Ellison (1974 : Roberts, 2000 cité dans Poirier & Larose, 2007),

la crise n'est pas que le résultat d'événements concrets qui surviennent dans la vie d'un individu ; elle est également le résultat de l'interprétation que fait l'individu de la gravité de sa situation et des moyens d'action qui lui semblent possibles. (p.33)

De plus, Aguilera (1998) prétend que cette perception ne sera pas aléatoire. En fait, celle-ci dépend du style cognitif de l'individu, soit la façon dont chaque personne interprète et utilise les informations qu'elle reçoit. De plus, le style cognitif propre à chaque individu agit sur sa capacité à décoder avec réalisme ce qui se produit. De cette façon, le processus de résolution de problème de l'individu en dépend directement puisque l'évaluation précise l'émotion et l'action. Quatrièmement, étant donné que les crises intenses ne peuvent se prolonger indéfiniment, elles vont se résoudre généralement à l'intérieur d'une période de temps limitée. Par ailleurs, on observe dans la pratique des personnes qui semblent être constamment en crise. En fait, « les crises sont vécues tellement intensément et rapprochées l'une de l'autre qu'il est difficile de percevoir des accalmies. » (Poirier & Larose, 2007, p.24) Ce concept de crises perpétuelles sera décrit davantage dans la section qui concerne les caractéristiques d'une crise familiale. La cinquième caractéristique, mais non la moindre, se rapporte à la résolution de la crise. Cette résolution peut être positive ou négative. Une résolution de crise positive signifie que l'individu a réussi à s'adapter à la situation. Tandis que, lorsque la résolution de la crise est négative, l'individu risque plutôt de se désorganiser à moyen ou à long terme.

Quant à Caplan (1964), il propose quatre stades dans le développement d'une crise. En premier lieu, la personne qui est confrontée à un certain déséquilibre va tenter de pallier ces difficultés à l'aide des différents moyens qu'elle utilise habituellement dans la résolution de problèmes et dans son adaptation quotidienne. La deuxième étape

prend place avec l'inefficacité des moyens usuels. Cela va bien sûr entraîner des symptômes d'anxiété qui va pousser la personne à mettre en place des stratégies de résolution de problèmes (*coping strategies*). C'est également à cette étape que les proches de la personne offrent leur aide, ou du moins apportent un certain soutien affectif. Étant donné que la détresse psychologique devient de plus en plus grande, les défenses de l'individu tombent et il devient plus propice à accepter l'aide des autres. Troisièmement, l'anxiété et la souffrance qui ne cessent de croître vont devenir de puissantes sources de motivation afin que la personne tente, dans bien des cas par essais et erreurs, de nouvelles solutions ou tout simplement qu'elle apporte quelques ajustements aux difficultés éprouvées. Ainsi, soit que le problème sera redéfini ou que quelques caractéristiques du problème seront considérées comme insolubles. De cette façon, une forme de deuil pourra être amorcée par l'individu. Alors, certains buts personnels risquent d'être abandonnés. De plus, il est possible que les efforts consacrés depuis le tout début de la crise soient finalement efficaces et conduisent à une réadaptation adéquate. Toutefois, si les efforts s'avèrent inefficaces, une quatrième étape sera alors nécessaire. À cette étape, « l'anxiété va continuer de croître et l'individu va finir par atteindre un seuil de rupture (*breaking point*) qui pourrait générer une désorganisation psychique et sociale encore plus accentuée. » (Poirier, & Larose, 2007, p.30) Ainsi, sa condition qui risque de prendre un tournant plus dramatique et d'entraîner des problèmes plus importants tels qu'un épisode dépressif, une crise psychotique ou tout autre problème de santé mentale. Cela va bien entendu nécessiter

une prise en charge plus importante. De plus, France (2002) souligne deux catégories d'éléments qui peuvent être à l'origine des efforts inefficaces de l'individu en crise :

1) l'impossibilité de réagir adéquatement à la détresse émotionnelle, soit par un usage intempestif et massif de défenses qui ne favorisent pas la mobilisation, soit par le recours à des moyens qui semblent apaiser la souffrance, mais ne font souvent que contribuer à l'incruster encore davantage (recours à l'alcool, à la drogue, à la violence); 2) la présence d'un champ de vision de plus en plus fermé face aux difficultés éprouvées, l'adaptation cognitive étant impossible et inflexible, enracinée dans ses convictions inadaptées (en croyant par exemple que ses problèmes vont se résoudre tout seuls, comme par magie, ou en mettant entièrement le blâme sur d'autres personnes). (Poirier, & Larose, 2007, p.30-31)

Par ailleurs, Hansell (1976) nomme « le plumage de la crise » les différents signaux de détresse qu'il nous est possible d'observer d'un bon nombre de crises. Ces signaux se caractérisent par

les idéations suicidaires ou homicidaires; l'abus croissant d'alcool ou de drogues (y compris les médicaments); des problèmes de violence ou d'impulsivité (et donc avec la justice); des difficultés à maîtriser ses affects et ses comportements; de la difficulté à utiliser adéquatement l'aide naturelle qui est disponible. (Poirier, & Larose, 2007, p.21)

Il est certain que ces différents signaux de détresse peuvent varier d'un individu à un autre. En fait, même si on considère l'état de crise comme étant universel, chaque individu surmonte ce déséquilibre à sa façon malgré le fait que l'événement déclencheur soit identique. Enfin, personne n'est immunisé contre ces états de crise.

De plus, dans le processus de la crise, il est important de s'attarder aux différents « facteurs précipitants ». On a mentionné plus haut que la crise est généralement précipitée par un déclencheur, soit par un facteur précipitant. Hoff (1995), a tenté de

mieux définir ce concept en rappelant que simplement le fait de vivre nécessite d'être victime du stress, d'être confronté à des conditions difficiles et inattendues et de devoir sans cesse s'ajuster aux différents changements de notre environnement, de nos relations interpersonnelles et de nos capacités physiques et mentales. Selon Lydia Rapoport, dans la lignée des travaux de Caplan et de Lindermann, la crise se définit comme un « “ état soudain d'instabilité par rapport à l'état habituel ” qui place l'individu dans une condition de risque (*hazardous condition*). » (cité dans Poirier, & Larose, 2007, p.27) En conséquence, elle va identifier trois facteurs qui vont jouer un rôle primordial dans le processus de la crise : « 1) un événement précipitant qui déstabilise la personne; 2) la perception d'une menace ou d'un risque par la personne; 3) une incapacité à résoudre les problèmes éprouvés. » (Poirier, & Larose, 2007, p.27) En somme, la crise est issue d'une combinaison de plusieurs facteurs : « la vulnérabilité initiale de l'individu, la gravité du facteur précipitant, les capacités de l'individu à se mobiliser pour faire face à la situation, les ressources – cognitives, affectives, matérielles, relationnelles – sur lesquelles il peut compter. » (Poirier, & Larose, 2007, p.27) Il est également important de souligner que toute crise va dépendre de la vulnérabilité de la personne.

Avant de se concentrer sur les crises qui concernent plus particulièrement la famille, voici les différents types de crises qu'on retrouve dans la documentation. De prime abord, il est important de noter que Hobbs (1984) affirme qu'il existe deux groupes de stressors à l'origine d'une crise : les situations accidentelles et les situations liées au développement de l'individu. En ce qui concerne les types de crises, Gilliland et

James (1997) vont en distinguer trois : les crises transitionnelles liées aux cycles de vie, les crises situationnelles et les crises existentielles. En premier lieu, les crises transitionnelles ou développementales « sont générées par une adaptation difficile aux changements survenant dans le développement des individus et de leurs réseaux en fonction des transitions prévisibles du cycle de vie. » (Poirier, & Larose, 2007, p.42) Par exemple, les différents changements à l'adolescence, la naissance d'un enfant ou tout simplement la retraite pourraient être des crises de ce type. De façon générale, les gens vont faire face à des crises dites « normales » tout au long de leur développement. Toutefois, pour certaines personnes, ces crises vont être beaucoup plus dramatiques et causer des répercussions un peu plus graves. En deuxième lieu, les crises situationnelles surviennent à la suite d'événements imprévisibles, hors du commun et qui placent la personne dans des conditions qu'elle n'est plus en mesure de contrôler ou de s'y adapter. Une maladie, un accident ou un décès pourraient tous être des exemples de ce type de crise. L'effet de surprise de ces événements les place dans cette catégorie. En troisième lieu, « les crises existentielles ont trait aux conflits intérieurs et à l'anxiété qui résultent des prises de conscience liées à des problèmes affectifs, moraux, sociaux qui remettent en question les choix fondamentaux d'une personne. » (Poirier, & Larose, 2007, p.42) Les bilans de vie sont souvent interreliés aux crises existentielles. Il est clair que les crises existentielles pourraient également représenter un sous-groupe des crises transitionnelles lorsqu'elles surviennent à différentes étapes du développement adulte, dans des conditions en lien avec la maturation. Enfin, Janosik (1994), expose un type mixte de crises (*compound crisis*) qui est constitué d'une série de crises enchâssées

historiquement les unes dans les autres. En somme, selon Erikson (1963 : Janosik, 1994), chaque période significative de la vie implique des défis particuliers pour la personne.

Les caractéristiques d'une crise familiale

En ce qui concerne la crise familiale, Kagan et Schlosberg (1989) décrivent deux types de crises : la vraie crise et la crise perpétuelle. Pour ce qui est de la vraie crise, elle se différencie de la crise perpétuelle par le fait qu'elle provoque une souffrance aiguë. On identifie comme des exemples de vraies crises, toutes les crises de vie que les familles doivent affronter tout au long de leur développement. Que ce soit un mariage, une grossesse, ou l'entrée à l'école, les familles doivent faire face à ces étapes de la vie qui nécessitent de vraies crises et entraînent les familles à grandir et à se développer. Les familles qui affrontent ce type de crises sont dans un état de vulnérabilité. Ainsi, la vraie crise, qui comporte à la fois l'opportunité de changement et de risque, suscite un processus de peine et de deuil qui conduit l'individu à l'acceptation de la perte et le développement de nouveaux attachements selon les étapes identifiées par Kubler Ross (Kagan, & Schlosberg, 1989).

Quant aux familles en crise perpétuelle, celles-ci ne parviennent pas à vivre leur deuil. Selon Steinhauer (1996), ces familles demeurent fixées sur le plan de la rage et du déni. À la suite de nombreuses expériences de perte et de traumatisme, les membres de

la famille ont fait face à de nombreuses souffrances. Ce qui incite la famille à tout mettre en ordre pour ne plus ressentir les sentiments de perte et de vide qu'engendre le deuil (Kagan, & Schlosberg, 1989). Ainsi, les crises deviennent une façon de vivre pour les familles. Ces familles qui fonctionnent par crises résistent au changement. En fait, elles se protègent pour ne plus affronter les problèmes difficiles de la vie (Kagan, & Schlosberg, 1989). « Au lieu de devenir vulnérables et de faire face au changement, les familles qui fonctionnent par crises se protègent pour ne pas affronter les problèmes difficiles » (Guay, 2009, p.286).

Une autre caractéristique pour ces familles en crise perpétuelle est cette centration sur le présent. En fait, ces familles n'ont aucune notion du futur et du passé puisqu'elles courent sur place. Ausloos (1995) définit ces familles comme chaotiques. Leur notion du temps est définie par les circonstances internes et externes auxquelles elles font face. Ce qui fait que tout est en continuel changement, le temps est rempli d'évènements. Ainsi, il devient important de ralentir le rythme de ces familles et ainsi diminuer le nombre d'évènements. De cette façon, les familles parviendront à se réapproprier le passé pour ensuite mieux se mobiliser pour le futur. Selon Guay (1998), lorsqu'on intervient auprès de ces familles, on tente d'interrompre le cycle répétitif des crises récurrentes, perpétuellement mal résolues par les gestes abusifs. L'intervention vise ainsi à remplacer ce cycle répétitif de crises récurrentes par une trajectoire de vie où les individus sont capables d'affronter leur souffrance et de s'inscrire dans le continuum passé – présent – futur.

Selon Kagan et Schlosberg (1989), les crises perpétuelles ont également une autre fonction, soit celle d'impliquer d'autres personnes comme les directions d'école, la Protection de la jeunesse, les agents de probation, etc. Ces forces de contrôle externe risquent d'apporter du répit contre la solitude et ainsi procurer un certain confort à la famille (Kagan, & Schlosberg, 1989). Puis, c'est une façon pour ces familles de se faire contrôler puisqu'elles usent de plusieurs façons afin de parvenir à être contrôlées lorsqu'elles craignent de perdre le contrôle. Même si ces familles semblent vivre de terribles tragédies, ces événements en série semblent plus confortables pour les membres de la famille que de faire face au changement (Kagan, & Schlosberg, 1989).

Lorsqu'on travaille avec les familles qui sont en crise, il est primordial de bien comprendre le concept qui se réfère au cycle intergénérationnel, multigénérationnel. Les familles en crise agissent des thèmes qui n'ont jamais été résolus (Kagan, & Schlosberg, 1989). Par exemple, une mère qui s'est fait violer à l'âge de 13 ans et qui n'a pas eu le soutien souhaité par sa famille voit cet événement se reproduire avec sa fille lorsque celle-ci a 13 ans. Cela nous fait réaliser à quel point ce cycle intergénérationnel où les problématiques semblent se répéter d'une génération à l'autre n'est pas négligeable. Kagan et Schlosberg (1989) mentionnent que, suite au stress engendré par les événements traumatisants, les individus ont appris à restreindre leur capacité de penser et de passer à l'action. Ces familles n'espèrent qu'une chose, préserver l'équilibre de la famille même si les stratégies employées semblent parfois risquées et blessent certaines

personnes. Les membres de la famille agissent ainsi afin de se protéger contre les vulnérabilités (Kagan, & Schlosberg, 1989). Afin de bien comprendre ces familles en crise, il est tout à fait nécessaire d'être conscient de l'impact qu'ont suscité les expériences d'abandon, d'abus et de désespoir sur les générations à venir (Kagan, & Schlosberg, 1989). C'est par le déni que ces familles sont parvenues à faire face à leur anxiété. Comme ils ont vécu plusieurs traumatismes étant enfants, ils ont appris à utiliser toute leur énergie pour affronter le prochain trauma. Bref, il est important de prendre conscience de la raison pour laquelle la famille a besoin de demeurer la même, et ainsi limiter nos tentatives à vouloir changer cette famille à tout prix (Kagan, & Schlosberg, 1989).

Selon Kagan et Schlosberg (1989), les comportements problématiques qui protègent les familles en crise de la souffrance et maintiennent par le fait même le dysfonctionnement familial sont des métaphores en soi. Par exemple, l'adolescent qui vole de la nourriture pourrait exprimer son besoin de se faire nourrir et aimer. Les véritables traumatismes de la famille sont dissimulés par les propensions à l'agir des membres de la famille (Kagan, & Schlosberg, 1989). De plus, chacun des membres de la famille va occuper un rôle particulier ayant pour but de préserver l'équilibre familial. Toutefois, dans les familles en crise perpétuelle, ces rôles changent rapidement et ceux-ci peuvent être joués par plusieurs individus (Kagan, & Schlosberg, 1989).

Les troubles de comportement et la crise familiale

Cette étude tente d'élucider davantage le lien qui semble exister entre les troubles de comportement à l'adolescence et la crise familiale. D'abord, dans l'objectif de mieux définir en quoi consistent les troubles de comportement, voici une définition qui provient du Centre d'expertise de Montréal en troubles graves du comportement (CEMTGC) : « Action ou ensemble d'actions qui est jugé problématique parce qu'il s'écarte des normes sociales, culturelles ou développementales et qui est préjudiciable à la personne ou à son environnement social ou physique » (Groupe de recherche CEMTGC, 2007, p.1). Afin d'avoir un diagnostic plus formel, on pourrait également se référer à la définition du trouble des conduites du DSM-IV de *l'American Psychiatric Association*. Selon cet ouvrage, les troubles des conduites se définissent par « un ensemble de conduites répétitives et persistantes, dans lequel sont bafoués les droits fondamentaux d'autrui ou les normes et règles sociales correspondant à l'âge du sujet » (1996, p. 102). Pour être plus précis, les troubles des conduites se réfèrent aux agressions envers des personnes ou des animaux, aux destructions de biens matériels, aux fraudes ou vols et aux violations graves de règles établies.

Ainsi, afin de bien comprendre ce lien qui existerait entre les troubles de comportements à l'adolescence et la crise familiale, Guay (n.d. b) soulève le fait que les symptômes du client désigné semblent être la « cristallisation » d'une situation familiale problématique. Ainsi, l'adolescent concerné devient le porteur du symptôme d'un dysfonctionnement familial (Guay, n.d. b). De cette façon, la crise qui est provoquée par

les comportements indésirables de l'adolescent servirait à camoufler une crise familiale encore plus profonde que celle manifestée par les troubles de comportement de l'adolescent. Autrement dit, selon Cancrini (1987), « l'émergence d'un trouble en la personne de l'adolescent est en correspondance avec une dysfonction plus étendue du système familial » (cité dans Onnis et al., 2008, p.51). Enfin, Brendler (1990) affirme que la famille est prise en otage par les symptômes de l'adolescent. Ce qui explique pourquoi tout semble tourner autour des comportements indésirables de celui-ci et pourquoi certaines crises plus profondes passent inaperçues. Ainsi, Onnis et al. (2008), privilégient un cadre conceptuel d'une approche systémique puisque les bases théoriques de cette approche permettent

de mettre en corrélation différents niveaux systémiques – l'individu adolescent, son noyau familial, le milieu social extérieur – et de rechercher les influences circulaires et réciproques ; sur le plan de l'intervention, il conduit à observer le comportement de l'adolescent dans son milieu familial d'appartenance pour en explorer les sens parfois obscurs et élaborer des stratégies de prise en charge. (p.51)

La perspective familiale : une intervention à privilégier

De cette façon, la perspective familiale préconise, tout comme le Programme national de formation au Québec (Turcotte, Lalonde & Beaudouin, 2006), l'importance d'impliquer les parents dans l'intervention. En fait, il est primordial que les parents puissent occuper un rôle actif dans l'intervention auprès de leur adolescent, et ce, pour le bien-être de leur jeune ainsi que pour leur propre bien-être. Ce rôle actif redonne du pouvoir aux parents qui augmente par le fait même leur sentiment de compétence

parentale. De plus, Guay, Cyr et Bergeron (2007) affirment que les interventions thérapeutiques ayant un impact positif sur la famille « doivent nécessairement se fonder sur une compréhension phénoménologique : il s'agit de comprendre la famille de l'intérieur, selon ses propres critères et ses propres balises. » (p.179)

Lorsque les familles sont en crise, il est important que l'intervention parvienne à évaluer non seulement le contenu de la crise familiale, mais aussi le processus émotionnel sous-jacent (Kagan & Schlosberg, 1989). Ce processus se définit par le fait que chaque famille a son seuil de tolérance à la détresse et il s'avère que ce seuil est relativement bas pour les familles qui ont un vécu de trauma intergénérationnel. La tolérance de la famille est également influencée par toutes les ressources auxquelles la famille a recours. Moins la famille possède de ressources internes et externes, plus le besoin de comportements dysfonctionnels risque d'être considérable afin d'équilibrer le stress interne et externe (Kagan & Schlosberg, 1989). Ainsi, lorsque la détresse dépasse le seuil de tolérance de la famille cela se dénote par des comportements hors de contrôle.

Par ailleurs, afin de bien intervenir auprès des adolescents ayant des troubles de comportement ainsi qu'auprès de leur famille, il est important de s'arrêter sur les différents enjeux liés au contexte de protection de la jeunesse. En premier lieu, comme il a été mentionné ci-haut, les familles ayant un adolescent qui manifeste des troubles de comportement se retrouvent dans bien des cas en situation de crise. Toutefois, l'intervention des centres jeunesse « a souvent pour effet de réduire temporairement la

crise familiale en offrant des services qui retirent par exemple l'enfant-symptôme de son milieu, soit de provoquer une autre crise qui se substitue à la crise familiale. » (Guay, Cyr & Bergeron, 2007, p.172)

À cet effet, Guay (n.d. b) propose la présence de deux crises : la crise initiale et la crise provoquée par l'intervention du dispositif de protection de la jeunesse. Premièrement, la crise initiale correspond justement aux différents motifs qui sont à l'origine du signalement à la protection de la jeunesse. En fait, le seuil de tolérance des membres de la famille a été dépassé et les modes d'adaptation qu'ils s'étaient construits pour faire face aux difficultés, ne fonctionnent plus (Guay, Cyr & Bergeron, 2007). Toutefois, cette crise initiale qui est vécue à l'intérieur de la famille est remplacée par une autre crise soit celle qui est provoquée par l'intervention de la protection de la jeunesse. « Plus les interventions se prolongent, plus les réactions, face à la Protection de la jeunesse, se superposent aux comportements qui avaient conduit la famille au Centre jeunesse et en viennent à les remplacer et à occuper toute la place. » (Guay, n.d. b, p.5) De cette façon, il est important de tenir compte de cette deuxième crise et de tenter de la désamorcer. Le but des intervenants est d'aider la famille à revenir à la crise initiale pour ainsi intervenir à ce niveau. En somme, la famille risque de mieux se mobiliser dans l'intervention proposée.

Enfin, l'introduction de la Loi de la protection de la jeunesse semble occasionner certains obstacles dans l'intervention. Ainsi, un deuxième enjeu doit être considéré par

les intervenants de la protection de la jeunesse : concilier relation d'aide et mesures d'encadrement légal (Guay, Cyr, & Bergeron, 1997). Cela s'explique par le fait que les centres jeunesse rencontrent bien souvent des familles qui n'ont pas demandé d'être aidées. Ainsi, il devient difficile d'établir une alliance thérapeutique auprès de ces familles (Guay, Cyr, & Bergeron, 2007). Selon Madsen (1999), la relation qui s'établit entre l'intervenant et son client, et ce, peu importe la technique utilisée, représente le facteur le plus important dans l'efficacité de la psychothérapie. De plus, comme l'intervention qui est privilégiée dans ce projet est la perspective familiale, donc qui cible l'ensemble de la famille, il devient primordial que l'alliance thérapeutique se réalise auprès de chacun des membres de celle-ci (Guay, 2009). Toutefois, même si les intervenants souhaitent établir cette alliance, ils doivent tout de même remplir certains mandats légaux qui ne plaisent pas toujours à leurs clients. Ainsi, pour Gutiérrez et al. (1995), la double fonction des intervenants « d'aide et de contrôle social, liée au mandat de l'organisation, soulève de nombreuses contradictions » (cité dans Lemay, 2009, p.104).

L'hypothèse clinique : un déséquilibre profitable

Malgré que le contexte d'intervention semble parfois imposer certaines difficultés dans l'établissement de l'alliance thérapeutique, « le lien de confiance avec l'intervenant représente la condition de base pour amener un déséquilibre profitable » (Guay, 2009, p.296). En fait, Guay (2009) soulève que l'alliance thérapeutique permet

une autoreconnaissance envers l'intervenant puisque les membres de la famille se sentent reconnus, compris et acceptés. L'alliance thérapeutique crée également un rapport de confiance assez fort pour que les familles acceptent que l'intervenant aborde les zones de vulnérabilité de celles-ci. Puis, ce lien de confiance envers l'intervenant redonne l'espoir aux familles qu'elles pourront s'en sortir. De plus, l'alliance thérapeutique favorise le sentiment de confiance en soi puisque l'intervenant croit aux compétences de ces familles.

Toujours selon Guay (2009), le cœur de la perspective familiale avec des familles ayant un adolescent avec des troubles de comportement « consiste d'abord à provoquer une perturbation utile dans le système interactif qui s'est installé en réaction au trouble du comportement du jeune, ensuite à examiner l'effet créé par cette perturbation (l'évaluation par l'action) et enfin à se réajuster en conséquence » (p.300). En fait, pour l'intervenant, la meilleure façon de comprendre la famille consiste à tenter de changer le système familial tout en observant les efforts déployés par la famille pour maintenir son équilibre. Pour ce faire, voici quelques stratégies d'intervention afin de provoquer ce déséquilibre : « définir le problème comme étant familial plutôt qu'individuel, mettre en évidence la dynamique familiale, démontrer l'inutilité d'un type particulier de comportement ou d'interaction, interrompre le cycle d'interactions, amener les personnes à exprimer leurs sentiments et proposer des directives virtuelles » (Guay, 2009, p.304). En d'autres mots, l'école de Milan (1983) a elle aussi développé une technique : la circularisation de l'information. Cela consiste à recueillir l'information

directement auprès de la famille et de leur en faire part. Donc de « faire découvrir aux membres de la famille des choses qu'ils ne savaient pas qu'ils savaient de leur relation » (Ausloos, 1995, p.30). En somme, c'est que pour le systémicien, faire de la thérapie, c'est faire circuler de l'information qui vienne du système pour y retourner et ouvrir aux possibilités de changement » (Ausloos, 1995, p.60). De plus, il devient primordial de «porter une attention particulière au langage non verbal, car il est souvent révélateur des émotions sous-jacentes » (Guay, 2009, p.300).

Une fois le déséquilibre provoqué par l'une ou l'autre de ces stratégies d'intervention, la famille risque d'exprimer ce déséquilibre par la souffrance ou la détresse, par une confusion cognitive et par de fortes émotions comme la colère ou la tristesse (Guay, 2009). D'abord, il y aurait une conception largement répandue qui stipulerait que la souffrance serait le principal élément déclencheur du processus de changement personnel. Toutefois, dans la réalité, la souffrance représente autant de chance de ralentir le changement que de l'encourager. C'est pour cette raison que le lien de confiance entre la famille et l'intervenant est primordial puisque seule cette confiance permet à la famille de dépasser cette crainte de souffrir davantage. Puis, parfois, l'expression de ce déséquilibre se traduit par une confusion cognitive où les membres de la famille ne savent plus trop quoi penser de la situation. Afin de bien réaliser l'intervention auprès de la famille, il devient important que ce soit elle qui se réorganise suite à cette confusion cognitive. Bien entendu, cette prise de conscience ou cette amélioration du comportement, consiste à l'aboutissement idéalisé tel que suggéré par

Poirier et Larose (2007) dans leur modèle classique de la notion de crise. Toutefois, selon Guay (2009), « pour parvenir à un tel résultat positif, la personne doit pouvoir jouir de bonnes capacités et n'avoir pas subi d'abus graves ou de carences affectives » (p.305). Ce qui est rarement le cas avec une clientèle en protection de la jeunesse. Enfin, le déséquilibre peut également se traduire par de fortes émotions telles que la colère ou la tristesse. Il n'est pas rare que la colère soit la première émotion manifestée. Si l'intervenant l'accueille de façon empathique, la famille aura une facilité à explorer cette émotion ainsi que les autres qui y sont rattachées.

Afin de bien comprendre cette étude, le déséquilibre tel que mentionné ci-haut se réfère à l'hypothèse clinique de la perspective familiale. Ainsi, suite à une entrevue de 50 minutes, les deux intervenants, qui réalisent l'intervention auprès de la famille ayant un adolescent qui présente des troubles de comportement, partagent avec celle-ci l'hypothèse clinique. Le but de l'hypothèse clinique est d'accueillir les premières réactions de la famille, sans toutefois poursuivre l'entrevue. La famille est donc invitée à contenir les émotions soulevées et à poursuivre la réflexion jusqu'à la prochaine entrevue. Ce qui laisse la famille dans un certain déséquilibre.

Dans le but d'approfondir ce concept d'hypothèse clinique, la documentation nous offre également quelques définitions. Selon l'*Oxford Dictionary* (tiré de Pauzé, & Roy, 1989), l'hypothèse « est une supposition faite pour servir de base de raisonnement, sans référence à sa vérité (p.134). » Quant au *Petit Robert* (tiré de Pauzé, & Roy, 1989), celui-ci définit l'hypothèse comme étant « une proposition relative à l'explication de

certains phénomènes naturels, admise provisoirement avant d'être soumise au contrôle de l'expérience (p.134). » Ainsi, Elkaïm (1985) soulève le fait que l'hypothèse n'est ni une vérité ni un diagnostic, mais plutôt une manière de construire le réel.

Puis, plus précisément, l'hypothèse systémique réfère « à la nature des interactions entre les individus et/ou sous-systèmes impliqués dans une même problématique. » (Pauzé, & Roy, 1989, p.136) Pauzé et Roy (1989) affirment que le fait de travailler avec l'hypothèse systémique permet d'explorer plusieurs indices jusque-là inconnus, mais qui tentent de délimiter un champ d'investigation qui risque d'être en lien avec la problématique concernée. Comme le mentionne Pluymaekers (1987), « l'hypothèse clinique sert à réduire le champ des possibles pour ainsi faciliter l'action. » (cité dans Pauzé, & Roy, 1989, p.135) Enfin, « l'hypothèse ne constitue pas nécessairement une explication, mais lui sert à tout le moins de point d'ancrage dans le flot turbulent des événements. » (Pauzé, & Roy, 1989, p.135)

Si on se réfère au contexte d'intervention avec les familles dont l'adolescent présente un trouble de comportement, l'hypothèse clinique est un outil de travail qui se veut recevable par la famille. Elle a comme but de mobiliser la famille, pas seulement dans le moment présent, mais bien dans un processus à long terme. Tout le matériel recueilli lors de la perspective familiale permettra d'élaborer une hypothèse clinique qui fait du sens pour tous les membres de la famille. Lors de cet échange entre les différents collaborateurs à l'intervention, on cherche à mettre en évidence les éléments

fondamentaux du système familial (ambiance émotionnelle, patrons relationnels, sous-systèmes, conflits, frontières, règles familiales, communication, patrons intergénérationnels, soutien) qui permettront de mieux saisir la crise familiale actuelle. Ainsi, « l'hypothèse ne vise pas à rétablir un équilibre, qui serait par ailleurs artificiel et peu profond, mais à donner du sens à ce qui se passe. » (Arpin, & Bergeron, 2005, p.6). Elle sert donc à déterminer ce qui a provoqué le déséquilibre afin de renvoyer à la famille un aperçu de son fonctionnement, de leur structure; bref un recadrage de la situation. (Arpin, Bergeron, Cyr, & Dupuis, 2007) Afin d'élaborer cet outil de travail, les intervenants s'appuieront sur les forces de la famille tout en faisant ressortir les intentions positives de celle-ci. Enfin, pour que l'hypothèse clinique soit bien assimilée par l'ensemble de la famille, elle devra être adressée à un niveau de résonance émotionnelle qui pourra être reçu.

Ce déséquilibre engendré par l'hypothèse clinique semble se rapprocher du concept des *Changements minimums nécessaires (CMN)* élaboré par Isaac Asimov (cité dans Ausloos, 1995). En fait, pour Ausloos, ce terme définirait ce qu'il souhaite obtenir lors d'un entretien familial : « introduire un changement tellement minime qu'il n'orientera pas la famille dans la direction voulue par le thérapeute (ce qui serait behaviorial), mais suffisamment significatif pour qu'il soit amplifié de façon imprévisible par la famille » (p.92). Ces changements minimums nécessaires ont pour but de surprendre, d'étonner les membres de la famille. Selon Ausloos (1995), « l'étonnement est un des meilleurs activateurs du processus » qu'il connaisse (p.90).

L'objectif et la question spécifique de l'étude

On sait que les troubles de comportement des adolescents découlent, dans bien des cas, d'une crise familiale. Comme ce parallèle semble être à ses débuts, la réalisation d'une étude empirique permettrait de découvrir de nouveaux éléments. L'objectif principal de la recherche actuelle est donc de décrire, de caractériser, de faire des liens et de conceptualiser ces troubles de comportement en lien avec les crises familiales. À l'aide d'une étude descriptive et exploratoire, le contenu qui se consacre à l'hypothèse clinique des évaluations familiales sélectionnées sera analysé. L'objectif est donc de mettre en évidence les conclusions de ce qui en ressort et les constances que l'on remarque d'une famille à l'autre, et ce, même si les familles se différencient par certaines particularités. Ainsi, un volet davantage qualitatif sera abordé, sans néanmoins, mettre de côté un volet quantitatif permettant, peut-être, de repérer certains thèmes récurrents. Puis, l'étude nous permettra d'avoir une connaissance plus approfondie de l'impact de l'hypothèse clinique et ainsi suggérer certaines modifications afin d'améliorer ce processus si important sur lequel repose la perspective familiale. Plus précisément, la question spécifique de la recherche est : est-ce que le déséquilibre créé par l'hypothèse clinique mobilise réellement la famille vers de nouvelles opportunités?

Méthodologie

Devis de recherche

Selon Yin (2003), il existe plusieurs façons de réaliser une recherche en science sociale : les expériences, les enquêtes, les histoires, les analyses d'informations archivées et bien sûr, les études de cas. Les études de cas vont souvent être privilégiées puisqu'elles sont des méthodes qui impliquent un examen longitudinal et approfondi d'un exemple ou d'un événement unique communément appelé un cas. Ainsi, cela évite d'utiliser un vaste échantillon et de suivre un protocole rigide avec un nombre limité de variables. De cette façon, les études de cas permettent un travail méthodique qui se penche sur les événements, la collecte de données, l'analyse de l'information et la présentation des résultats. Afin, plusieurs options s'offrent aux chercheurs lorsqu'on privilégie les études de cas. Selon les différents besoins du chercheur, celui-ci a le choix d'opter pour les études de cas illustratives, exploratoires, critiques, éventuelles, cumulatives et narratives. Comme dans ce projet on se retrouve avec des questions de recherche qui devront être analysées et approfondies, il sera préférable d'opter pour une étude de cas exploratoire.

Pour la réalisation de cette recherche, une étude à cas multiples a été effectuée. Selon Eisenhardt (1989), les études explicatives ou exploratoires, telles que proposées dans cet essai, préfèrent les analyses qui impliquent les cas multiples. En fait, les études

à cas multiples sont préconisées pour leur potentiel de comparaison et de réplication, favorisant la génération ou la confirmation de théories susceptibles d'être généralisées. En ce sens, les études à cas multiples sont généralisables à des propositions théoriques et non à des populations et à des univers autres que ceux du ou des cas (Yin, 2003). Ainsi, une étude à cas multiples a permis d'analyser le contenu d'entrevues réalisées auprès de diverses familles et d'obtenir du matériel clinique que seul ce type d'étude permet.

Les participants

Étant donné que la perspective méthodologique choisie est une étude à cas multiples, huit (8) familles ont été sélectionnées à partir de la base de données d'un centre jeunesse où est implantée une démarche systématique d'évaluation et d'intervention familiale auprès d'adolescents présentant des troubles de comportement. Les critères d'inclusion considérés pour la sélection des participants étaient les suivants : l'âge des adolescents devait se situer entre 12 et 17 ans, la problématique ciblée devait se rapporter aux troubles de comportement de l'adolescent engendrant ainsi une crise familiale, la famille devait être référée par l'intervenant social, la participation des familles à l'évaluation familiale devait se faire sur une base volontaire, les familles devaient participer à deux séances d'évaluation familiale et ces deux évaluations familiales devaient être enregistrées sur vidéocassette et conservées au centre jeunesse.

Eisenhardt (1989) considère que le nombre de cas est variable selon le plan de la recherche. Toutefois, dans la majorité des études à cas multiples, on compte de quatre à

dix cas. Pour ce projet, le nombre a été statué à huit familles. Premièrement, un ensemble de cas (N=10) répondant minimalement aux critères d'inclusion était disponible au moment où l'étude a débuté. La décision d'en retenir dix s'est faite également en raison d'une prévision de saturation des données. Deuxièmement, la chercheuse a été dans l'obligation d'exclure deux familles puisqu'elles ne répondaient pas à certains critères. Au moment du visionnement des entrevues, la chercheuse s'est aperçue qu'une famille avait participé à trois entrevues au lieu de deux et qu'une famille n'incluait pas la participation de l'adolescent cible lors de la deuxième entrevue. Le Tableau 1 présente la description sommaire des caractéristiques principales des familles retenues.

Cette description sommaire des caractéristiques principales, présentées dans ce tableau, permet de réaliser quelques constats. D'abord, les adolescents dans les familles ciblées sont plus souvent des filles que des garçons. Étant donné que les adolescents sélectionnés font partie d'un échantillon de convenance, il n'est pas possible pour la chercheuse d'affirmer si cette observation d'un plus grand nombre de filles que de garçons est représentative à l'ensemble des centres jeunesse où est implantée une démarche systématique d'évaluation et d'intervention familiale auprès d'adolescents présentant des troubles de comportement. Puis, l'âge des adolescents varie entre 14 et 17 ans. La majorité des adolescents possède soit un frère ou une sœur. De plus, la plupart des parents de ces familles ciblées ne vivent plus ensemble, quelques-uns partagent maintenant une nouvelle union.

Tableau 1
Caractéristiques principales des familles retenues

Familles	Âge et Sexe de l'adolescent cible	Couple parental	Fratric	Événements particuliers
1	Fille 15 ans	-Parents séparés -Nouvelle union mère/belle-mère	-Frère 19 ans -Frère 7 ans	Mère : Relation homosexuelle
2	Fille 17 ans	Parents séparés et nouvelles unions pour les parents	- Demi-sœur 28 ans (père)	
3	Fille 16 ans	Parents toujours ensemble	- Frère 10 ans	
4	Garçon 17 ans	- Mère seule - Père décédé	- Sœur 18 ans - Frère 9 ans	Père assassiné (sujet : environ 10 ans)
5	Garçon 14 ans	-Parents séparés -Nouvelle union père/belle-mère	- Frère 15 ans	
6	Fille 14 ans	Parents séparés		
7	Fille 15 ans	- Parents séparés - Mère décédée		Mère décédée (sujet : 9 ans)
8	Garçon 15 ans	Parents toujours ensemble	- Frère 15 ans - Sœur 10 ans	Enfants adoptés (international)

Collecte de données

La collecte des données s'est faite à partir d'entretiens filmés. Chaque famille a participé à deux entrevues qui se sont déroulées à deux semaines d'intervalle. Dans le cadre de la démarche mise en œuvre, en plus de la famille, plusieurs personnes participent à ces entrevues : les membres de l'équipe spécialisée en évaluation familiale, l'intervenant social qui fait la demande d'évaluation, l'intervenant social à l'application des mesures s'il y a transfert prévu du dossier, ainsi que l'éducateur du jeune s'il reçoit des services de réadaptation. Les entrevues sont animées par deux intervenants de l'équipe spécialisée en évaluation familiale. Ces deux intervenants, l'intervenant social ainsi que la famille sont face à un miroir sans tain derrière lequel observent les autres membres de l'équipe. Avec l'autorisation signée des membres de la famille, les entrevues sont enregistrées sur vidéo. Une entrevue dure environ 50 minutes. Elle est suivie d'une pause de 15 minutes et d'un bref retour avec la famille pour leur partager une hypothèse clinique à propos de leur situation familiale. Lors de la pause, les deux animateurs ont la chance d'échanger avec le reste de l'équipe. Ils peuvent ainsi parler de leur expérience et recevoir les commentaires des autres membres de l'équipe qui sont tous considérés comme des collaborateurs à l'évaluation familiale. C'est également lors de cette pause que toute l'équipe met en commun ses perceptions afin d'élaborer une hypothèse clinique. Le moment clé des entretiens, sélectionné pour l'analyse des données de cette étude, a été l'épisode où les deux intervenants partagent l'hypothèse clinique avec la famille au retour de la pause et la réaction des membres de la famille à

cette hypothèse. Ainsi, une transcription de ces extraits a été effectuée et le travail d'analyse a reposé entièrement sur ces transcriptions. Plus précisément, la transcription se résume au verbatim complet de l'entrevue au moment de l'hypothèse clinique et de la réaction des membres de la famille à cette hypothèse. Comme il semble avoir un parallèle entre l'hypothèse clinique et la crise familiale et que ceci est l'objet de cette étude, il s'avérerait inutile de prendre la totalité des deux entrevues. Bien entendu, la chercheuse a tout de même visionné les deux entrevues de chaque famille sélectionnée, en plus, de consulter le dossier « client », afin d'avoir une compréhension globale de chaque problématique. De plus, les éléments contextuels lors de l'extrait sélectionné tels que la position des membres de la famille, leur posture, leur gestuelle, leur expression faciale ont également été prises en note.

Cadre d'analyse

Les entretiens réalisés visent à mettre en évidence le fonctionnement familial de manière à replacer le symptôme d'un client identifié dans une perspective familiale. Son but n'est pas de faire une enquête et ainsi recueillir plus d'informations, mais plutôt de faire émerger le malaise tel que vécu dans le système familial. Pour ce faire, plusieurs pistes cliniques, inspirées de l'approche systémique, de l'intervention post-traumatique et de l'approche psychodynamique, peuvent être explorées telles que : les rôles, la place de chacun, les hiérarchies, les sous-systèmes, la communication, le type de relations établies, les éléments déclencheurs à la crise (comme un deuil ou les étapes de la vie).

Si on se réfère plus précisément à l'épisode de l'hypothèse clinique à l'intérieur de chaque évaluation familiale, on constate que cette façon de faire ressemble étroitement au fonctionnement implicite d'une crise. Tant la crise familiale que l'hypothèse clinique semblent instaurer un certain déséquilibre au sein de la famille afin de mobiliser ces membres et initier certains changements. Ainsi, la documentation qui se consacre à la crise a permis de cibler certaines pistes afin d'aider à mieux comprendre ce moment clé des entretiens familiaux.

Plus précisément, l'analyse de données s'est faite par l'intermédiaire de catégories conceptualisantes (Paillé et Mucchielli, 2008). En fait, ce cadre d'analyse permet de préciser « les bases d'une théorisation des phénomènes étudiés, sans qu'il n'y ait de décalage entre l'annotation du corpus et la conceptualisation des données ». (Paillé et Mucchielli, 2008, p.233) Ainsi, l'objectif premier de l'analyse est de « qualifier les expériences, les interactions et les logiques selon une perspective théorisante. » (Paillé et Mucchielli, 2008, p.233) L'outil de travail principal de cette méthode d'analyse est la catégorie. La catégorie se définit « comme une production textuelle se présentant sous la forme d'une brève expression et permettant de dénommer un phénomène perceptible à travers une lecture conceptuelle d'un matériau de recherche. » (Paillé et Mucchielli, 2008, p.233) Ce qui différencie la catégorie de la « rubrique » ou du « thème », c'est que la catégorie « va bien au-delà de la désignation de contenu pour incarner l'attribution même de la signification. » (Paillé et Mucchielli, 2008, p.234) Toutefois, une parenté

existe entre la catégorie et les concepts. Appartenant à la sphère de la représentation, le concept est « un objet idéal par la médiation duquel la pensée vise le réel selon des déterminations de caractère général. » (Paillé et Mucchielli, 2008, p.236) « Dans la mesure où la catégorie « fait sens », dans la mesure où elle décrit un phénomène d'un certain point de vue, dans la mesure où elle donne lieu à une définition, elle a les propriétés synthétique, dénomminative et explicative d'un concept. » (Paillé et Mucchielli, 2008, p.236) Enfin, « tout construit théorique tentant de mieux cerner l'expérience humaine est d'abord, à l'origine, une catégorie. » (Paillé et Mucchielli, 2008, p.237)

Afin de mieux comprendre la catégorie conceptualisante, voici un bref aperçu des caractéristiques qui lui sont associées. D'abord,

la catégorie est un condensé de significations. (...) Elle est porteuse de sens, et le sens est toujours une affaire de mise en relation. (...) Puis, la catégorie peut concerner des phénomènes de diverses natures. (...) Elle évoque, selon le cas, un vécu (par exemple *Sentiment d'abandon*), un état (*Paralysie de la négociation relationnelle*), une action collective (*Appropriation collective de l'espace*), un processus (*Désinstitutionalisation*), un incident situationnel (*Rupture de la routine pédagogique*), une logique, une dynamique (*Contre-dépendance affective*), etc. (...) De plus, une catégorie se distingue d'une variable. (...) Une variable représente le signe d'une influence ; une catégorie explicite l'influence d'un signe. (...) Enfin, la catégorisation concerne tous les matériaux d'enquête (...) (Paillé et Mucchielli, 2008, p.238-239) incluant les verbatims dont il est question dans cette étude.

Afin d'approfondir la présente analyse, l'interprétation scientifique est mise au premier plan. « Une interprétation scientifique est la signification rigoureusement établie, qui est proposée comme valide à une communauté de recherche, en lien avec un phénomène observable directement ou indirectement. » (Paillé et Mucchielli, 2008, p.242) Ainsi, la chercheuse a dû entamer son analyse par la recherche « dans le corpus

étudié des éléments déjà connus, identifiés, théorisés : stratégies cognitives, erreurs de raisonnement, patterns comportementaux. » (Paillé et Mucchielli, 2008, p.243) Pour se faire, l'analyse à l'aide de catégories implique dès le départ l'induction théorisante.

L'induction théorisante, comme processus de genèse, est le produit à la fois d'une observation proximale et attentive de la trame des événements et des expériences, et d'un essai de conceptualisation du phénomène correspondant, du processus en jeu, de la logique à l'œuvre, à partir, non pas de leviers théoriques déjà constitués, mais d'une construction discursive originale (Paillé et Mucchielli, 2008, p.248)

L'effort principalement inductif, qui caractérise au départ la plupart des traditions d'analyse qualitative, cède la place en fin d'enquête – quoi que jamais totalement – à un travail plus déductif puisant à un fond catégoriel en construction pour nommer les phénomènes apparaissant (Paillé et Mucchielli, 2008, p.249)

Concrètement, trois étapes permettent le développement et la validation d'une catégorie. D'abord, il est tout à fait primordial de bien définir la catégorie.

Il s'agit de dégager une définition claire, précise et concise du phénomène représenté par la catégorie. (...) Deuxième exercice de développement de la catégorie : la spécification de ses propriétés essentielles. Il y a ici un niveau de difficulté un peu plus grand, car il s'agit d'extraire du phénomène les éléments qui lui sont le plus caractéristiques.(...) Enfin un troisième exercice de développement de la catégorie consiste à tenter de spécifier ses conditions d'existence. Les conditions d'existence d'un phénomène renvoient aux situations, événements ou expériences en l'absence desquels le phénomène ne se matérialiserait tout simplement pas dans le contexte qui est le sien. (Paillé et Mucchielli, 2008, p. 261-265)

C'est une erreur de penser que la seule validité possible dans un travail d'analyse est qu'un chercheur externe à la recherche arriverait lui aussi à la même catégorisation du corpus. Or, ce travail est tout à fait irréaliste. « L'erreur, au départ, est de concevoir le travail d'analyse comme un exercice d'étiquetage relativement reproductible, alors, qu'il s'agit beau plus de l'articulation d'une conceptualisation où se rencontrent un analyste-

en-action, des référents théoriques et expérientiels, et un matériau empirique. » (Paillé et Mucchielli, 2008, p.268) Ainsi, tel que décrit par Patton (1990, tiré de Paillé et Mucchielli, 2008, p.268), la recherche qualitative qui précise les différentes catégories dépend « de la construction préalable de l'objet, de l'orientation du chercheur, de la sensibilité théorique et expérientielle activée, de la limpidité plus ou moins grande du matériau à l'étude, du projet social, voire politique, à l'œuvre, de l'envergure de l'étude. »

De plus, certains éléments inspirés de la théorisation ancrée élaborée par Glaser et Strauss en 1967 (tiré de Laperrière, 1997) ont aussi été utilisés dans le travail d'analyse. L'objectif principal de la théorisation ancrée est « la construction de théories empiriquement fondées à partir de phénomènes sociaux à propos desquels peu d'analyses ont été articulées. » (Laperrière, 1997, p.310) Afin de bien comprendre en quoi cette méthode d'analyse s'est révélée une inspiration pour la chercheuse, il est tout à fait primordial d'élaborer brièvement les principes méthodologiques de la théorisation ancrée qui ont trouvé leur source dans le pragmatisme américain et la philosophie phénoménologique. D'abord, on retiendra du pragmatisme américain « la nécessité d'enraciner la théorie dans la réalité pour l'avancement des disciplines scientifiques et l'importance de l'observation *in situ* pour la compréhension des phénomènes, cette observation se concentrant sur le changement, les processus et la complexité du réel. » (Strauss & Corbin, 1990 : 25, tiré de Laperrière, 1997, p.311) Quant à la philosophie phénoménologique, son principe de départ « consiste à mettre entre parenthèses les

notions préexistantes relatives à un phénomène pour le laisser parler de lui-même. » (Laperrière, 1997, p.311) Parallèlement à l'analyse à l'aide de catégorie conceptualisante, l'objectif de la théorisation ancrée est également la construction théorique, mais c'est le concept et non la catégorie qui est l'unité de base de l'analyse. Toutefois, « les concepts appartenant à un même univers sont ensuite regroupés dans une catégorie conceptuelle. » (Laperrière, 1997, p.315) La méthodologie de la théorisation ancrée est d'ancrer la théorie dans les faits, à construire la théorie à partir des faits. Enfin, c'est le principe de saturation de la théorisation ancrée qui a particulièrement inspiré la chercheure dans la présente analyse. Le principe de saturation consiste à remanier les catégories conceptuelles « jusqu'à ce qu'aucune donnée nouvelle ne vienne les contredire. » (Laperrière, 1997, p.315)

Déroulement

Cette recherche est un lien avec un stage clinique que la chercheure a effectué. À l'intérieur de ce stage, la chercheure avait accès aux dossiers et au matériel clinique utilisés dans le cadre de ce projet. Pour ce faire, la chercheure a obtenu l'autorisation des autorités de l'établissement concerné ainsi que du comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Par ailleurs, il est important de préciser qu'un certificat d'éthique a été obtenu. Pour ce faire, la certification éthique a tenu compte du consentement que les familles avaient au préalable complété qui autorise l'accès aux

enregistrements vidéo pour des fins d'amélioration de ce service offert par l'établissement en question.

Résultats

La présentation des résultats se fera en deux parties. Premièrement, à l'aide de catégories conceptualisantes, la chercheuse résumera l'essentiel du moment où l'hypothèse clinique est présentée à la famille et les réactions de celle-ci pour chacune des huit familles sélectionnées. Ainsi, l'analyse individuelle de chacune des familles permettra de bien comprendre l'expérience telle qu'elle est vécue par les membres de la famille. Deuxièmement, la chercheuse tentera de faire des liens entre le vécu de chacune des familles. De cette façon, on sera en mesure de faire ressortir les différentes constantes de la perspective familiale, et ce, avec des familles qui possèdent des caractéristiques bien différentes.

Description des familles au moment de la présentation de l'hypothèse clinique

Famille 1

Dans l'ensemble du verbatim, la catégorie qui prédomine est la détresse. Que ce soit une détresse qui concerne la famille ou chacun des membres de façon individuelle, particulièrement l'adolescente cible, il est clair qu'une catégorie « détresse » conceptualise cette famille. « *Vous êtes pris dans une importante détresse qui est très très importante, depuis longtemps.* » (Intervenante 1) Selon le dictionnaire Le Petit Robert (2002), la détresse se définit comme étant un « sentiment d'abandon, de solitude,

d'impuissance que l'on éprouve dans une situation difficile et angoissante. » (p.729)

D'abord, le mot « détresse » est mentionné à plusieurs reprises (sept fois) lors de la séquence sélectionnée. Malgré que ce mot soit mentionné uniquement par les deux intervenants, lorsque ce mot est utilisé, des réactions non verbales se manifestent auprès de la famille (ex. : adolescente boit plus de café, le jeune frère se lève pour aller à la fenêtre). Ces observations pourraient s'expliquer par le fait que la famille n'aurait pas la possibilité de prendre un recul par rapport à l'immédiateté et l'intensité de leur expérience. Alors, la famille peut seulement s'exprimer somatiquement, comportementalement ou émotionnellement. Ainsi, l'intervenant exprime en mot ce que les membres de la famille vivent et n'arrivent pas à dire. De plus, la mère semble d'accord avec cette première hypothèse proposée par les intervenants puisqu'elle valide à deux reprises leurs propos. « *C'est ça.* » (Mère) Parfois, elle va même enrichir les dires de l'intervenant ce qui porte à croire que ce concept représente bien ce système familial.

« *Elle est sensible aussi.* » (Mère)

En ce qui concerne les propriétés de la catégorie « détresse », on y retrouve le sentiment de solitude vécu par l'adolescente cible suite au décès de son père. Pour l'ensemble de la famille, le décès du père provoque une profonde tristesse et l'obligation de se mobiliser afin de contrer ce sentiment d'impuissance. « *Soit que le deuil de votre père vous unisse, vous aide à passer à autre chose ou ça va finir par vous séparer puis que le conflit soit plus grand et plus intense surtout entre vous deux.* » (Intervenante 1)

Ainsi, la condition d'existence principale est le décès du père. Cette détresse familiale

existe également dû à la communication qui semble difficile entre certains membres de la famille. Comme la détresse semble plus importante pour l'adolescente cible, on constate que la communication est pratiquement inexistante entre celle-ci, sa mère et sa belle-mère.

Comme deuxième catégorie, le concept « famille » semble être confus auprès des membres de cette famille. En fait, qui est-ce qui fait partie de cette famille ? Ainsi, définir le concept « famille » sera une question auquel la famille devra répondre. Le père, la belle-mère font-ils partie de la famille ? Pourquoi est-ce que deux des trois enfants portent le nom de famille du père et de la mère tandis que le plus jeune frère ne porte que le nom de famille de la mère même s'il a le même père que les deux autres ? Pourquoi est-ce qu'à la deuxième rencontre, il n'y a que la mère et l'adolescente cible malgré l'insistance des deux intervenants d'être tous présents lors des évaluations familiales ? De plus, il semble que les membres qui se sentent inclus dans la famille reçoivent plus de réconfort des autres. *« Et j'ai l'impression que maman a quelqu'un dans les bras de qui elle peut se réfugier à travers sa conjointe. J'ai l'impression que pour [Adolescente], il n'y a pas personne dans les bras de qui tu peux te réfugier. »* (Intervenante 1) Pour cette deuxième catégorie, la mère ne semble pas d'accord avec le point de vue des intervenants. Elle va même proposer une autre interprétation de l'état d'esprit de sa fille. *« Elle ne veut pas personne, c'est autre chose. »* (Mère) Ainsi, le thérapeute va valider cette interprétation de la mère, mais va tenter de traduire celle-ci dans une logique de besoin plutôt que de rester sur le plan des intentions de

l'adolescente comme le fait la mère. Enfin, au moment de la première évaluation familiale, il est clair que la catégorie « famille » conceptualise la famille numéro 1. Toutefois, chacun des membres devra approfondir cette catégorie afin d'en éclaircir les différentes balises. Malheureusement, ceci ne semble pas avoir été réalisé lors de la deuxième rencontre.

Famille 2

Pour cette deuxième famille, une catégorie est centrale dans les propos de l'extrait sélectionné : la famille. Plus précisément, quels sont les rôles de chacun des membres au sein de la famille. D'abord, selon le dictionnaire Le Petit Robert (2002), la famille se définit comme étant « l'ensemble des personnes liées entre elles par le mariage et par la filiation ou, exceptionnellement, par l'adoption. » (p.1032) Pour ce qui est de définir le mot rôle, Le Petit Robert précise que le rôle qu'occupe une personne consiste à une « action, influence que l'on exerce, fonction que l'on remplit. » (p.2316) Ainsi, pour cette famille, « *on dirait que pour chacun d'entre vous au niveau de sa place dans la famille et un par rapport à l'autre, que c'est devenu bien mélangé* » (Intervenante 1). Donc, comme propriété de cette catégorie, on y retrouve cette confusion pour chacun des membres de son rôle au sein de leur famille. Cette confusion semble exister (condition d'existence) depuis la séparation des parents. « *Ce qu'on voit c'est que depuis la séparation, c'est comme si vous vous sentiez pris chacun, que vous ne saviez plus trop comment continuer* » (Intervenante 1). Tout comme fait, les deux parents semblent approuver l'hypothèse des intervenants soit par des signes

approbateurs de la tête ou verbalement « *Absolument* » (Père). De cette façon, les intervenants invitent les membres de la famille à réfléchir sur cette hypothèse afin d'explorer les rôles de chacun lors de la prochaine rencontre. Malgré une tentative des intervenants de revenir sur la dernière hypothèse lors de la deuxième rencontre, un conflit entre le père et l'adolescente survenu lors de la dernière semaine a demandé qu'on s'y arrête au détriment de l'hypothèse clinique.

Toujours en ce qui concerne la famille et les rôles de leurs membres, une deuxième catégorie pourrait représenter l'extrait sélectionné et par le fait même raffiner la première catégorie : les parents. Brièvement, être parents consiste à éduquer les enfants sur le plan développemental, comportemental et psychologique tout en leur apportant sécurité et protection. Pour ce qui est de la famille 2, les parents ne sauraient plus comment prendre ce rôle auprès de leur adolescente. Ainsi, la meilleure façon qu'ils ont trouvée afin de pallier à cette difficulté est de confier leur fille à la Protection de la jeunesse. « *Je ne sais plus comment être un père qui protège et là je la confie à des gens* » (Intervenante 1). Le père fait un signe de la tête approbateur à cette affirmation. De plus, l'intervenante 1 ajoute que l'adolescente donne l'impression qu'elle sait plus qu'elle a une place au Centre jeunesse qu'à la maison. La mère ne semble pas d'accord avec ces propos puisqu'elle mentionne « *Moi je le vois plus qu'elle ne veut plus de la place qu'elle avait* ». Tandis que le père complète avec « *elle nous donne l'impression que la place des parents qu'on avait que c'est moins important aujourd'hui, car elle se*

sent vieillir ». Les parents devront donc se réapproprier leur rôle pour le bien-être de leur fille et de la famille.

Enfin, sans être une catégorie en soi, il serait important d'aborder un thème tout à fait primordial dans ce processus thérapeutique : les émotions. En fait, les membres de la famille ont tendance à aborder leur rôle au sein de la famille de façon rationnelle exempte d'émotions. « *On a vu votre côté émotif et on ne doute pas qu'il y en a un, mais mettons que vous le protégez bien* » (Intervenante 1). Ainsi, les intervenants leur proposent d'ouvrir davantage à ce niveau. Cette intervention semble également bien perçue par les parents, particulièrement par le père, puisqu'il ajoute à la citation ci-dessus « *il est rationnel* » afin de compléter les propos de l'intervenante 1.

Famille 3

La catégorie qui prédomine pour l'ensemble de ce verbatim est également la famille. Toutefois, en ce qui concerne cette famille, des caractéristiques ou des propriétés bien précises viennent s'ajouter à cette définition de base afin d'avoir une compréhension plus complète de cette troisième famille. D'abord, l'intervenant 1 mentionne que même s'ils parviennent à former une famille, les membres semblent se sentir très seuls. « *Comme si chacune des personnes vous vous sentez toutes seules, même si vous êtes ensemble* » (Intervenant 1). Puis, ce premier intervenant ajoute qu'il aurait tendance à les appeler « *la famille malheureuse* ». « *Ce qui nous a frappés aussi c'est de sentir comment on vous sentait malheureux* » (Intervenant 1). En ce qui

concerne l'intervenante 2, celle-ci aborde également à quel point le concept de famille semble important pour chacun des membres, mais qu'en même temps, il y a cette espèce de solitude qu'on ressent chez chacun. De plus, l'intervenante 2 mentionne une troisième propriété qui est les nombreuses inquiétudes et les dangers que redoutent les membres de la famille. « *Comme si ça vous inquiète beaucoup ce qui peut arriver en dehors de la famille. En même temps, en dedans de la famille, vous avez beaucoup d'inquiétudes aussi* » (Intervenante 2). Pour cette troisième famille, la condition d'existence n'est pas énoncée de façon claire dans l'extrait sélectionné. Toutefois, il est certain que les problèmes de comportement de l'adolescente cible semblent accentuer davantage les trois propriétés lorsqu'ils se manifestent.

Avant de mettre fin à la première rencontre, l'intervenante 2 invite l'adolescente cible à apporter un objet qui lui fait penser à sa famille pour la prochaine rencontre. Cette initiative a pour but d'intégrer davantage l'adolescente dans la discussion puisqu'elle est plutôt silencieuse lors de cette première rencontre.

Enfin, avant de conclure cette première rencontre, les deux parents ont voulu manifester leurs réactions face à ce processus thérapeutique. En premier lieu, le père mentionne que malgré les bienfaits de ces rencontres, il souhaite savoir ce qui va arriver en termes d'étapes. « *Après cette deuxième rencontre-là, qu'est-ce qui peut arriver en termes d'étapes? Nous on est bien contents, ça fait du bien. J'étais tendu aujourd'hui et là je suis moins tendu* » (Père). Ceci représente bien le côté inquiet qui caractérise cette

famille et d'ailleurs l'intervenant 1 a reflété ce constat au père. En deuxième lieu, la mère semble s'inquiéter elle aussi. « *À court terme, il y a eu beaucoup d'événements. Et on attend toujours le prochain. Et là on se demande quels moyens on va avoir pour faire face à ces situations-là* » (Mère).

En résumé, lors de la deuxième rencontre, l'adolescente cible a oublié d'apporter l'objet qui lui fait penser à sa famille. Afin de pallier à cet oubli, l'intervenant 1 invite l'adolescente à parler d'un objet sans avoir cet objet en main. Il y a eu un moment de silence. Ainsi, l'intervenant 1 a orienté sa question à l'ensemble de la famille. Il y a toujours un moment de silence pour laisser place à un fou rire chez l'ensemble de la famille. C'est alors que la mère manifeste son désaccord avec ce qualificatif de « *famille malheureuse* ». Elle croit plutôt qu'ils sont seulement tous différents. L'intervenant 1 ajoute : « *peut-être que c'est ça que vous voulez nous dire avec votre rire du début. Vous n'êtes pas si malheureuse que ça en tant que famille* ». Enfin, le père mentionne que le processus thérapeutique semble porter fruit à l'ensemble de la famille. En fait, lors des dernières semaines, l'adolescente cible a ri de sa mère pour la première fois donc c'est un bon signe de la voir sourire. En fait, selon lui, c'est un signe que ça change. « *Elle brasse moins depuis la dernière fois qu'on s'est vus. Elle est moins impulsive* » (Père).

Famille 4

Pour l'ensemble de l'extrait sélectionné, une catégorie semble bien représenter ce que vivent les membres de cette famille et même les intervenants lors de la rencontre : la

contradiction. Tout au long de ce verbatim, on rencontre plusieurs éléments contradictoires. D'abord, une des définitions de contradiction que l'on retrouve dans Le Petit Robert 2002, consiste à une « relation entre deux termes, deux propositions qui affirment et nient le même élément de connaissance ». (p.532) Voici les différentes propriétés soit des éléments que l'on retrouve dans le verbatim qui permettent de justifier cette catégorie. Premièrement, l'intervenant 1 débute l'extrait en affirmant que la famille a partagé son histoire parfois avec humour et parfois avec émotions. Deuxièmement, l'intervenante 2 rappelle le motif de cette rencontre, soit que le travailleur social est découragé de la situation, mais qu'en même temps eux ils font face à une famille unie et de bonne humeur. « *D'un côté, il y a le travailleur social qui est désespéré. De l'autre côté, il y a vous qui êtes de bonne humeur* » (Intervenante 2). Troisièmement, l'intervenante 2 reflète à la famille que malgré des propos de haine et de colère, on retrouve une famille avec de beaux sourires où tout semble bien aller. « *Et là on se demande comment tout ça peut tenir ensemble dans une même famille* » (Intervenante 2). Quatrièmement, un des désirs de la famille s'est de se retrouver tous ensemble, que l'adolescent cible retourne en milieu familial. Toutefois, malgré ce désir et les efforts exploités, ça ne semble pas fonctionner lorsqu'ils se retrouvent tous ensemble. En fait, il y a eu trois tentatives de retour de l'adolescent cible dans son milieu familial qui se sont toutes soldées par un échec. Cinquièmement, même les deux intervenants débute l'extrait sélectionné avec un déroulement contradictoire. « *Je pensais que c'est toi qui allais le faire?* » (Intervenante 2) « *Non, c'est toi qui étais supposé le faire* » (Intervenant 1). Enfin, même la formulation de l'hypothèse clinique

semble avoir causé des problèmes à l'équipe d'intervention puisque les différents membres de l'équipe avaient des points de vue contradictoires. *« Il n'y a pas vraiment de conclusion, car il y a eu des points de vue différents dans notre discussion »* (Intervenante 2). En ce qui concerne la deuxième rencontre, malgré l'absence d'un membre de la famille, les intervenants semblent parvenir à revenir sur les différents points abordés lors de la première rencontre et de donner suite à la discussion. *« D'abord, on pourrait dire qu'il y a des opinions différentes, mais une famille où les gens s'aiment beaucoup. Mais d'un autre côté, c'est difficile lorsque l'« adolescent cible » essaie de retourner dans la famille. Le travailleur social trouve ça difficile. Pourquoi c'est si difficile »* (Intervenante 2).

Famille 5

La première catégorie qui nous permet de décrire cette cinquième famille est la « souffrance ». D'abord, la souffrance se définit par la « douleur, un excès de douleur physique ou morale » (Le Petit Robert, 2002, p.2461). Bien entendu, en ce qui concerne cette famille, la douleur sera plus de l'ordre moral que physique. En fait, trois des quatre membres manifestent même cette souffrance par des pleurs lors de la rencontre. Ainsi, pour ces trois membres de cette famille, c'est l'émotion qui les habite et qu'ils manifestent face aux problèmes de comportement de l'adolescent cible (condition d'existence).

Tandis que pour l'adolescent cible, malgré une souffrance sous-jacente fort probable, la démonstration des émotions se fait davantage par la colère, l'agressivité. *« Donc, on pense que derrière les comportements de « l'adolescent cible », effectivement, quelqu'un disait ça tantôt, il parle avec ses comportements »* (Intervenante 1). Selon Le Petit Robert (2002), la colère se définit par un « violent mécontentement accompagné d'agressivité ». (p.468) Ainsi, pour l'adolescent cible les problèmes de comportement sont sa manière d'exprimer les émotions qui l'habitent. Les deux intervenants ont à peine effleuré ces deux catégories avant de mentionner l'hypothèse clinique.

La réflexion que les intervenants veulent amorcer auprès de la famille c'est la place qu'occupe l'adolescent cible dans sa famille. *« On trouve que la place que tu as dans ta famille est très particulière. C'est comme si la vie des autres, je ne dirais pas qu'elle tourne tout le temps autour de toi, mais... »* (Intervenante 1). Même l'adolescent cible semble d'accord avec cette réflexion puisqu'il ajoute aux propos de l'intervenante 1 que suite à certains commentaires d'autrui il a déjà pensé à cette affirmation. *« Je vais le dire le mot, mais c'est pas très joli à dire, mais c'est chiant »* (Adolescent cible). Les parents semblent prendre également cette invitation à la réflexion très au sérieux. D'une part, il y a le père qui prend les détails de la réflexion en note sur un papier. D'autre part, la mère demande des précisions sur cette réflexion. Elle souhaite savoir si la réflexion porte sur la place que l'adolescent cible a dans la famille ou de la place qu'il devrait avoir. *« Ben parce que vous dites que dans la famille tout est centré sur [Adolescent*

cible]. Donc quelque part, il y a peut-être quelque chose qui est déphasé, quelque chose à replacer, dans ce que je sens dans votre commentaire » (Mère). Même le père demande des précisions sur le fait que la réflexion doit-elle être influencé par la possibilité que l'adolescent cible a de fortes chances d'aller vivre avec celui-ci à sa sortie du centre de réadaptation. Afin de préciser la réflexion, l'intervenante 1 va inviter les membres de la famille à y réfléchir en fonction d'eux en tant que personne, de leur vérité. En somme, tous les membres de cette cinquième famille collaborent très bien aux rencontres et aux suggestions proposées par les intervenants. La mère ajoute même que ça fait du bien d'avoir des gens de l'extérieur qui leur fait voir ce qu'ils ne parviennent pas à voir. Enfin, lors de la deuxième rencontre, il y a un retour sur la réflexion (hypothèse clinique) et chacun des membres de la famille semble y avoir réfléchi au cours des deux dernières semaines.

Famille 6

Pour l'ensemble de l'extrait sélectionné, la catégorie « souvenirs » représenterait bien les membres de cette sixième famille. De prime abord, selon Le Petit Robert (2002), le mot souvenir se décrit comme étant « ce qui revient ou peut revenir à l'esprit des expériences passées ; image que garde et fournit la mémoire ». (p. 2473) Toutefois, les propriétés de cette catégorie semblent quelque peu différentes selon les membres de la famille. D'abord, en ce qui concerne les parents, les souvenirs seraient douloureux et provoqueraient une certaine souffrance. « *Comme si le souvenir de cette souffrance-là est resté très présent en vous* » (Intervenante 1). Au contraire, en ce qui concerne

l'adolescente cible, on pourrait supposer que la souffrance fait également partie de ses souvenirs, mais qu'afin de se protéger de cette souffrance, c'est plutôt difficile pour la jeune fille de se souvenir du passé. Elle mentionne même que son « cerveau n'est pas assez fort » pour parvenir à se souvenir des événements passés. Comme condition d'existence, on y retrouve le passé tel qu'il a été vécu par les membres de cette famille teinté par l'arrivée d'un bébé malgré le jeune âge des parents suivi d'une séparation de ceux-ci. De plus, à travers les souvenirs, on constate qu'il est difficile de bien saisir les rôles de chacun dans la famille. Que ce soit avant ou après la séparation, ce thème qui réfère au rôle de chacun dans la famille semble confus pour ces personnes. *« Aussi le fait d'être trois comme ça, n'a jamais été facile. Papa, maman et adolescente cible, ça n'a jamais été facile que chacun trouve sa place là-dedans »* (Intervenante 1).

Afin de poursuivre cette discussion concernant la catégorie des souvenirs lors de la prochaine rencontre, les deux intervenants ont proposé à la famille de se raconter leur histoire. Les parents ont fortement réagi à cette proposition. *« Qu'est-ce que ça va donner qu'on lui compte des choses qu'elle ne se souvient pas »* (Père). *« Moi, je ne vois pas l'utilité de raconter comment j'étais à cette époque-là »* (Mère). Pour ce qui est de l'adolescente cible, celle-ci aimerait se faire raconter des moments positifs, mais pas des moments négatifs. Les deux intervenants ont donc demandé à la famille de réfléchir à cette proposition afin de partager leur réflexion lors de la prochaine rencontre. Cependant, lors de la deuxième rencontre, les intervenants n'ont pu revenir sur cette proposition puisqu'une situation conflictuelle est survenue au courant des dernières

semaines entre la mère et l'adolescente cible. Ceci a donc nécessité une intervention à ce niveau.

Famille 7

En extrapolant le contenu de ce verbatim, on y découvre une catégorie qui représente certaines difficultés pour cette famille ; la communication. Lors de l'hypothèse clinique, divers thèmes ont été abordés tels que l'amour et le besoin de l'autre. Toutefois, malgré que les intervenants aient perçu ces thèmes dans les propos des membres de cette famille, il semble difficile pour ceux-ci de bien distinguer ces thèmes entre eux. Ce qui révèle que la communication semble difficile entre ce père et sa fille. « *Par ses comportements, elle vous envoie promener, mais ses larmes aujourd'hui, nous disent vraiment autre chose. Je pense que ses larmes nous disent à quel point elle a besoin de vous* » (Intervenante 2). La communication se définit comme étant « le fait de communiquer, d'établir une relation avec quelqu'un, quelque chose » (Le Petit Robert, 2002, p.485)). Ainsi, il serait difficile pour ce père et cette adolescente de se rejoindre sur le plan émotif (propriété de la catégorie communication). « *C'est comme si vous vivez ensemble, mais seul chacun de votre côté* » (Intervenante 2). Donc, la communication des émotions serait absente au sein de cette famille malgré les émotions ressenties de part et d'autre. « *Vous êtes très sensibles, mais ce que vous lancez par vos comportements souvent c'est l'impatience, que vous êtes tanné. Et adolescente cible aussi est très sensible, mais elle aussi ses comportements disent autres choses. Donc, on trouve que vous avez bien de la misère à vous rejoindre* » (Intervenante 2). Le

difficile vécu par ces deux personnes pourrait expliquer ou du moins aider à mieux comprendre ces comportements. Un passé difficile avec la séparation des parents, le décès de la mère, et de nombreux sacrifices afin de maintenir une vie de famille le plus adéquate que possible (condition d'existence).

La discussion était supposée se poursuivre lors de la deuxième rencontre. Toutefois, les deux intervenantes ont dû faire face à un père fâché et découragé des comportements de sa fille et à une adolescente également fâchée par les conséquences que son père lui impose. Donc, la discussion a pris une tournure quelque peu différente pour cette rencontre.

Famille 8

En ce qui concerne cette dernière famille, deux catégories représentent bien l'extrait sélectionné : les blessures et l'espoir. « *Et comment votre histoire était marquée par une série d'espoir et en même temps par une série de blessure* » (Intervenant 1). D'abord, le mot « blessure » qui se définit par « une atteinte morale » selon Le Petit Robert (2002, p.267), revient à plusieurs reprises dans le discours des intervenants lors de l'annonce de l'hypothèse clinique. L'intervenant 1 énumère quelques exemples de blessure possible pour les membres de cette famille : une blessure de ne pas pouvoir avoir d'enfant, une blessure chez les enfants qui ont eu un début de vie difficile et des blessures liées au jugement des autres (propriétés de la catégorie). Bien entendu, cette

catégorie existe (condition d'existence) suite à cette expérience d'adoption qui s'est révélée plus difficile que l'avaient prévu les parents de prime abord.

Puis, la deuxième catégorie « espoir » qui consiste au « fait d'espérer, d'attendre quelque chose avec confiance » (Le Petit Robert, 2002, p.947), vient s'ajouter à l'hypothèse clinique qui est reflétée aux membres de la famille. « *On veut avoir de l'espoir, mais en même temps avoir de l'espoir ça veut dire peut-être prendre le risque d'être encore blessé* » (Intervenant 2). Ainsi, le fait d'espérer incite la famille à prendre des risques et donc de peut-être revivre une déception. « *Comme si vous vous retrouviez souvent à passer de l'espoir à la déception* » (Intervenant 1). La propriété de la catégorie « espoir » est qu'il demeure possible de revivre une déception malgré toutes les pensées positives qui habitent les membres de cette famille. Ce risque est présent dans toutes les familles. Toutefois, il est possible de supposer qu'en situation d'adoption, la complexité des différents événements est parfois un peu plus élevée (condition d'existence). « *Avec des familles qui ont adopté des enfants, ce qui est toujours frappant, c'est à quel point c'est toujours des histoires compliquées* » (Intervenant 1).

Malgré que les membres de la famille reçoivent cette hypothèse clinique avec une certaine lourdeur, ils insistent pour spécifier que c'est nécessaire au processus thérapeutique. « *Je trouve que c'est lourd, mais nécessaire d'en parler* » (Adolescent cible). Toutefois, lors de la deuxième rencontre, les deux parents ont un discours différent. Ils auraient décidé de ne plus penser aux événements passés, mais plutôt aller

de l'avant. De plus, une querelle éclate entre l'adolescent cible et sa mère ce qui invite les deux intervenants à interagir à ce niveau.

Analyse globale

Tout compte fait, malgré des caractéristiques et une problématique différentes, il est possible de constater que certaines catégories reviennent d'une famille à l'autre. Premièrement, la majorité de ces familles comportent une catégorie en lien avec la détresse. Cette détresse peut prendre diverses formes telles que la souffrance, la solitude, l'inquiétude, mais, peu importe le thème qui qualifie davantage une famille par rapport à l'autre, il est clair que la détresse habite ces familles. Deuxièmement, telle que le propose la perspective familiale, la problématique se rapporte à la famille. Que ce soit un problème au niveau de la communication ou des rôles au sein de la famille, la catégorie « famille » représente presque que toutes les familles sélectionnées pour l'étude. Il est certain que pour certains membres de la famille, il peut être difficile de voir la problématique de façon familiale et non se rapportant qu'à une seule personne. Enfin, la catégorie « émotion » se retrouve dans la majorité des analyses des familles sélectionnées. Pour la perspective familiale, les émotions véhiculées par les membres de la famille deviennent un outil de travail pour les intervenants. C'est par l'intermédiaire de ces émotions que les professionnels ajustent leurs interventions permettant ainsi de suivre le rythme propre à chacun des membres de la famille.

Puis, en ce qui concerne l'annonce de l'hypothèse clinique aux membres de ces familles, l'analyse globale permet de souligner que les réactions se font tant verbales que non verbales. Ainsi, il est nécessaire d'accorder de l'importance aux signes non verbaux puisqu'ils peuvent révéler des informations considérables. Les différentes réactions permettent de constater que l'accord des participants avec l'hypothèse clinique est mitigé. Certains membres de ces familles acceptent les propos de l'hypothèse clinique en plus de verbaliser l'importance d'un tel processus pour leur bien-être. Tandis que pour certains, les propos des intervenants par rapport à l'hypothèse clinique les heurtent et manifestent leur désaccord ouvertement ou par leurs comportements.

De plus, il n'y a que trois des huit familles qui permettent aux intervenants de revenir sur l'hypothèse clinique lors de la deuxième rencontre. Le but de la perspective familiale est d'offrir deux rencontres aux participants. D'abord, pour clarifier l'hypothèse clinique lors de la première rencontre, puis pour recueillir les réactions et approfondir cette hypothèse lors de la deuxième rencontre.

Discussion

Pour faire suite à ces résultats, on constate que malgré des caractéristiques et une problématique différentes, de nombreux éléments se retrouvent d'une famille à l'autre. Ainsi, la compréhension du contexte de crise permet de mieux saisir les réactions des membres de la famille. On réalise que le bagage théorique relié à la crise permet, effectivement, de mieux décoder ce qui se passe lors d'une évaluation familiale. En fait, la compréhension du contexte de crise aide à interpréter les différentes manifestations des membres de la famille tout en permettant aux différents intervenants de mieux anticiper les différentes réactions et de s'y préparer. De plus, ce bagage théorique oriente les observations des intervenants afin de maximiser le plein potentiel d'un tel processus thérapeutique.

En deuxième lieu, la réponse à la question « est-ce que le déséquilibre créé par l'hypothèse clinique mobilise réellement la famille vers de nouvelles opportunités? » suscite des réponses mitigées. D'abord, pour certaines familles, les propos de l'hypothèse clinique révèlent exactement ce que vivent ces familles. Pour les membres de ces familles, il devient plus facile de se mobiliser vers de nouvelles opportunités. Toutefois, pour d'autres familles, celles-ci ne sont en aucun cas d'accord avec les propos de l'hypothèse clinique. Deux réflexions s'imposent : soit que les familles ne sont pas encore prêtes à entendre de tels propos décrivant leur situation familiale ou soit que les intervenants n'ont pas bien perçu la situation familiale qui leur est présentée. Toutefois,

malgré des réactions mitigées face à l'hypothèse clinique, seulement trois familles sur les huit ont permis un retour sur l'hypothèse clinique lors de la deuxième rencontre. Comme l'hypothèse clinique se veut déstabilisante, il arrivait fréquemment que l'intervalle de temps qui se déroulait entre les deux rencontres donne lieu à d'autres conflits qui n'étaient pas en lien avec les propos de l'hypothèse clinique. Ceci obligeait les intervenants à intervenir à ce niveau au détriment des réactions des membres de la famille face à l'hypothèse clinique. De cette façon, aurait-il été préférable de rajouter une troisième rencontre afin de justement revenir sur les propos de l'hypothèse clinique?

Pour faire suite à ces réflexions, le modèle de Milan (Selvini, 1980) suggère les « longues thérapies brèves ». Ces thérapies consistent à dix séances étalées sur une année. Autrement dit, les séances sont espacées de quatre semaines et plus. Selon Ausloos (1995), cela se rapporte au temps du processus, « c'est-à-dire le temps dont les familles ont besoin pour observer, expérimenter, changer » (p.25). Ainsi, si on se réfère à la présente étude, le fait que les séances se déroulent dans un intervalle de deux semaines, porte à croire que cette période soit trop courte pour laisser le temps à la famille de s'approprier le contenu de la séance, tout particulièrement celui de l'hypothèse clinique. Lorsque les intervenants proposent l'hypothèse clinique dans le but d'instaurer un processus de changement, cela prend un certain temps. « Dans la famille aussi, ils vont faire leurs hypothèses, essayer, évaluer les résultats, changer d'attitude, tirer des conclusions et recommencer autrement » (p.25). De plus, si un évènement majeur se produit entre deux séances, les membres de la famille devront trouver eux-

mêmes leurs propres solutions puisque la prochaine séance est beaucoup trop loin dans le temps. De cette façon, les membres de la famille sont obligés de faire face à des situations qui les confrontent et l'espace de temps risque de leur permettre de trouver des solutions en vue d'un changement potentiel. Ceci implique donc que la famille ne se sente pas prise en charge par les intervenants, ce qui est grandement souhaité lors d'entretien familial.

En troisième lieu, la perspective familiale semble permettre de bien intervenir auprès des familles dont l'adolescent manifeste certains troubles de comportement. En fait, la documentation sur le sujet ainsi que les résultats obtenus démontrent bel et bien que cette problématique touche l'ensemble des membres de la famille. Par contre, une des problématiques que les intervenants devaient faire face est de réussir à réunir tous les membres de la famille, et ce, pour les deux rencontres. Ainsi, lorsque des membres de la famille étaient absents, aurait-il été justifié de reporter la rencontre à une date ultérieure où tous les membres seraient présents ? Le fait de réaliser l'évaluation familiale malgré l'absence de certains membres de la famille ne va-t-il pas à l'encontre du principe de base de la perspective familiale, soit de regarder la problématique en fonction de tous les membres de la famille ? Selon Boyd-Franklin et Hafer Bry (2000, tiré de Guay (2009)), il serait possible pour l'intervenant de mettre en application ce principe de base de la perspective familiale, soit de réaliser la rencontre qu'avec tous les membres de la famille, tout en affichant une attitude flexible à cette exigence. En fait, ces auteurs ont recours à la « non-entrevue » lorsqu'une telle situation s'impose. Ainsi,

au lieu que l'intervenant annule la rencontre, il décide de réaliser une « non-entrevue », soit de rencontrer les membres de la famille tout en leur mentionnant « que l'entrevue officielle ne pourra pas avoir lieu étant donné l'absence de certaines personnes en cause. » (Guay, 2009, p.291)

En somme, la présente étude permet de s'arrêter sur ce processus thérapeutique et justement de se questionner sur le déroulement de ce processus. Grâce à l'analyse des résultats, on constate qu'une perspective familiale semble adéquate dans l'intervention des adolescents ayant des troubles de comportement, mais que pour bonifier les résultats, il serait tout à fait essentiel de ne réaliser ce processus thérapeutique qu'avec tous les membres de la famille. Ainsi, le recours à la « non-entrevue » pourrait être avantageux pour les intervenants et ainsi faciliter la réalisation de leurs entrevues. Puis, comme ce fut le cas pour quelques évaluations familiales non sélectionnées pour cette étude, il serait peut-être préférable d'augmenter le nombre de rencontres et d'espacer celles-ci, tout particulièrement lorsqu'il n'est pas possible pour les intervenants de revenir sur les réactions face à l'hypothèse clinique. De plus, si on se réfère au lien de confiance qui semble être un élément essentiel dans la réussite d'un tel processus thérapeutique, le fait d'augmenter le nombre de rencontres, aura sans doute, un impact important dans la création d'une alliance thérapeutique entre tous les membres de la famille et les intervenants. « Ainsi, le lien de confiance avec l'intervenant représente la condition de base pour amener un déséquilibre profitable » (Guay, 2009, p.296). De cette façon, le fait de réaliser ce processus thérapeutique qu'en deux rencontres,

représente un défi énorme pour les intervenants. Il devient, alors, extrêmement difficile pour eux de, de prime abord, établir un lien de confiance, pour ensuite, instaurer une perturbation utile par l'intermédiaire de l'hypothèse clinique, tout en assurant une intervention adéquate aux membres de la famille.

Enfin, en ce qui concerne les limites de cette étude, on ne peut nier le cadre de travail. Comme il a été mentionné plus haut, le fait de réaliser cette perspective familiale dans un contexte d'institution légale augmente les résistances des membres de la famille face aux intervenants. Ainsi, le lien de confiance entre les intervenants et les membres de la famille se retrouve dans bien des cas perturbés. Il devient alors primordial de bien comprendre ces notions de résistance et de lien de confiance afin de maximiser les résultats de la perspective familiale et parvenir à bien intervenir auprès des membres de la famille et ce, peu importe le contexte d'intervention.

Conclusion

Tout compte fait, on constate que la réalisation de cette étude a permis de répondre au questionnement de départ tout en suggérant certaines pistes de réflexion afin d'améliorer ce processus thérapeutique. D'abord, la documentation ainsi que l'analyse des résultats ont permis de bien saisir ce lien qui existe entre les troubles de comportement à l'adolescence et la crise familiale. C'est par une recherche approfondie du contexte de crise qu'il a été possible de bien décortiquer ce phénomène lors des évaluations familiales analysées dans cette étude. Puis, lorsqu'on s'attarde à la problématique des adolescents ayant des troubles de comportement, on réalise à quel point la problématique semble complexe. Afin de maximiser l'intervention auprès de ces adolescents, le fait de regarder le problème comme étant familial plutôt qu'individuel offre de nouvelles alternatives aux intervenants. De plus, c'est par l'intermédiaire de l'hypothèse clinique, soit l'introduction d'une perturbation utile, qu'on réalise que les membres de la famille parviennent à se mobiliser vers de nouvelles opportunités.

Bien entendu, quelques obstacles ont été soulevés lors de l'analyse des résultats. En premier lieu, il semble difficile pour les intervenants de réunir l'ensemble des membres de la famille pour la réalisation des évaluations familiales. Ainsi, il serait intéressant pour ces intervenants d'introduire le concept de « non-entrevue » de Boyd-Franklin et Hafer Bry (2000, tiré de Guay, 2009) afin de remédier à ce problème. En deuxième lieu, les intervenants ont parfois de la difficulté à revenir sur les réactions des

membres de la famille face à l'hypothèse clinique lors de la deuxième rencontre. De cette façon, l'ajout de rencontres et l'espacement de celles-ci seraient probablement bénéfique et ainsi permettre aux intervenants de sonder les membres de la famille sur les propos de l'hypothèse clinique. En troisième lieu, il serait avantageux pour les intervenants de se référer davantage aux notions de résistance et de lien de confiance pour l'amélioration de ce processus thérapeutique. Ces concepts ont été vaguement effleurés, mais comme ce processus thérapeutique se déroule qu'en deux rencontres, il devient difficile d'imaginer qu'un réel lien de confiance puisse s'établir entre tous les membres de la famille et les intervenants.

De plus, Delage (2008) suggère de s'attarder au concept de l'attachement, un concept jusque-là ignoré dans cette perspective familiale. En fait, « quand l'adolescent est rencontré avec sa famille, examiner les comportements et les symptômes à partir de l'attachement permet un « recadrage » qui rend assez facilement accessible à tout le monde une définition systémique du problème. » (p.93) C'est à l'aide d'un questionnaire d'autoévaluation concernant les représentations d'attachement dans la famille que ce recadrage semble possible (Delage, 2007). Ainsi, « examiner les problématiques et les symptômes à l'adolescence à partir de l'attachement permet d'introduire une cohérence théorique dans la compréhension des enjeux personnels et interpersonnels qui sont simultanément en cause » (Delage, 2008, p.95). Ainsi, prendre en compte le concept de l'attachement permet d'offrir une possibilité thérapeutique supplémentaire. Les

intervenants peuvent alors se faire une nouvelle lecture alternative de ce qu'ils perçoivent de la famille (Delage, 2007).

Enfin, le concept de circularisation de l'information ainsi que celui d'*empowerment*, soit de redonner du pouvoir aux personnes concernées, doivent être considérés pour le bon déroulement du processus thérapeutique. Ainsi, Ausloos (1995) propose deux postulats forts importants : « le postulat de l'information pertinente : l'information pertinente est celle qui vient d'un système pour y retourner ; le postulat de la compétence : un système ne peut se poser que des problèmes qu'il est capable de résoudre » (p. 116). Ainsi, le rôle des intervenants dans ces entretiens familiaux ne consiste pas « de comprendre ou de chercher des solutions, mais d'activer les processus pour que le système trouve sa propre solution, génère son autosolution » (p.116).

En somme, ces évaluations familiales ont déjà permis d'apporter des améliorations dans l'intervention auprès des familles ayant un adolescent qui manifeste des troubles de comportement. Toutefois, avec la présente étude, on constate qu'il y a place à certaines améliorations, et ce, pour le bien-être des familles ainsi que pour faciliter le processus thérapeutique aux intervenants.

Références

Aguilera, D. C., & Messick, J. M. (1982). *Crisis intervention: theory and methodology*. 4th edition. Toronto: C.V. Mosby.

Aguilera, D. C. (1998). *Crisis intervention: theory and methodology*. 8th edition. Toronto: Mosby.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - DSM-IV. Manuel diagnostique et statistique des Troubles mentaux, 4^e édition (Version Internationale, Washington DC, 1995). Traduction française par J.-D. GUELFY *et al.*, Masson, Paris, 1996, 1056 pages.

Arpin, R., & Bergeron, A. (2005, novembre). L'évaluation familiale à l'étape de l'orientation dans le cadre du traitement d'un signalement en protection de la jeunesse. Présentation réalisée lors des journées thématiques pour le personnel œuvrant dans les fonctions reliées aux services professionnels ou à la qualité des services (DSP/DQS), Laval, Canada.

Arpin, R., Bergeron, A., Cyr, G., & Dupuis, J. (2007, novembre). De la perspective individuelle à une perspective familiale: des intervenants transforment leur pratique. Communication présentée au colloque sur l'Approche familiale en centre jeunesse, Laval, Canada.

Ausloos, G. (1995). *La compétence des familles, temps, chaos et processus*. Toulouse : Evès, Collection Relations.

Belkin, G. S. (1987). *Contemporary psychotherapies*. 2nd edition. Belmont, CA: Thomson Brooks/Cole.

Brammer, L. M. (1985). *The helping relationship: process and skills*. (3^e éd.). Englewood Cliffs, Nj : Prentice-Hall.

Brendler, J., Silver, M., Haber, M., & Sargent, J. (1990). *Madness, Chaos, and Violence; Therapy with families at the brink*. Basic Books.

Caplan, G. (1961). *An approach to community mental health*. N.Y.: Books.

Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. N.Y.: Books.

- Carkhuff, R. R., & Berenson, B. G. (1977). *Beyond counselling and therapy*. (2^e éd.). New York : Holt, Rinehart and Winston.
- Centre jeunesse de Montréal, Institut universitaire. Notre mission clinique. Récupéré le 12 janvier 2010 de <http://www.centrejeunessedemontreal.qc.ca/adolescence.services.htm>
- Centre jeunesse de Québec, Institut universitaire. Enseignement. Récupéré le 7 janvier 2011 de <http://www.centrejeunessedequébec.qc.ca/institut/index.htm>
- Delage, M. (2007). Attachement et systèmes familiaux. Aspects conceptuels et conséquences thérapeutiques. *Thérapie familiale*, 28(4), 391-414.
- Delage, M. (2008). L'attachement à l'adolescence. Application thérapeutiques (version électronique). *De Boeck Université : Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 40, 79-97.
- Eisenhardt, K. M. (1989). Case study theory research. *Academy of Management Review* (AMR), 14(4), 532-550.
- Elkaïm, M. (1985). *Formations et pratiques en thérapie familiale*. ESF. Paris.
- France, K. (2002). *Crisis intervention: a handbook of immediate person-to-person help*. Springfield, Ill: C. C. Thomas.
- Gagnier, J.-P., & Roy, L. (2009). La maladie grave et la famille : enjeux universels et assemblages singuliers. Dans C. Lacharité, & J.-P. Gagnier (Éds), *Comprendre les familles pour mieux intervenir. Repères conceptuels et stratégies d'action*. (pp.209-227). Montréal : Gaëtan Morin éditeur.
- Gérardin, F. (2002). Hypothèse. Dans *Le Robert. Dictionnaire pratique de la française* (pp. 861). Paris : Éditions France Loisirs.
- Gilliland, B. E., & James, R. K. (1997). *Crisis intervention strategies*. N.Y. : Brooks/Cole.
- Gouvernement du Québec. (2008). *Loi sur la protection de la jeunesse. L.R.Q., chapitre P.34.1*. Québec, DC : Auteur.
- Groupe de recherche CEMTGC (Centre d'expertise de Montréal en troubles graves du comportement) : Tassé, M. J., Sabourin, G., Garcin, N., & Lecavalier, L. (2007). *Recherches sur la définition des troubles graves du comportement auprès d'une population ayant une DI ou un TED*. Montréal.

- Guay, J. (1998). *L'intervention clinique communautaire. Les familles en détresse*. Montréal : Presses de l'Université de Montréal.
- Guay, J. (2009). Les compétences des familles otages d'un adolescent délinquant. Dans C. Lacharité, & J.-P. Gagnier (Éds), *Comprendre les familles pour mieux intervenir. Repères conceptuels et stratégies d'action*. (pp.275-306). Montréal : Gaëtan Morin éditeur.
- Guay, J. (n.d. a). Le difficile métier de thérapeute familial en Protection de la jeunesse.
- Guay, J., Cyr, G., & Bergeron, A. (2007). La thérapie familiale en Centre jeunesse: réflexions sur une pratique complexe et novatrice. *Revue québécoise de psychologie*, 28(3), 171-185.
- Hansell, N. (1976). *The person-in-distress: On the biosocial dynamics of adaptation*. Oxford: Human Sciences Press.
- Hobbs, M. (1984). « Crisis intervention in theory and practice: a selective review ». *British Journal of Medical Psychology*, 57, 23-24.
- Hoff, L. A. (1995). *People in crisis: understanding and helping*. San Francisco : Jossey-Bass.
- Janosik, E. H. (1994). *Crisis counseling: a contemporary approach*. Boston: Jones and Bartlett.
- Kagan, R., & Schlosberg, S. (1989). *Families in perpetual crisis*. Norton.
- Laperrière, A. (1997). La théorisation ancrée (grounded theory) : démarche analytique et comparaison avec d'autres approches apparentées. Dans Poupart, J., Deslauriers, J.-P., Groulx, L.-H., Laperrière, A., Mayer, R., & Pires, A. : Groupe de recherche interdisciplinaire sur les méthodes qualitatives (Éds), *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. (pp. 309-331). Montréal : gaëtan morin éditeur.
- LeClair, F., & Trevor, B. (2009, novembre). Intervention familiale : une approche clinique du type écosystémique avec une clientèle en trouble de comportement en centre jeunesse. Communication présentée au colloque sur l'Approche familiale, Trois-Rivières, Canada.
- Lemay, L. (2009). Le pouvoir et le développement du pouvoir d'agir (*empowerment*) : un cadre d'intervention auprès des familles en situation de vulnérabilité. Dans C. Lacharité, & J.-P. Gagnier (Éds), *Comprendre les familles pour mieux intervenir*.

Repères conceptuels et stratégies d'action. (pp.101-127). Montréal : Gaëtan Morin éditeur.

Le Petit Robert. (2002). Paris : Le Robert.

Les centres jeunesse du Québec. (2006). *Bilan des directeurs de la protection de la jeunesse.* Québec: Association des centres jeunesse du Québec.

Madsen, W. C. (1999). *Collaborative therapy with multi stressed families.* Guilford : New York.

Onnis, L., et al. (2008). Le double visage de la lune. La crise de l'adolescence selon une perspective systémique (version électronique). *De Boeck Université : Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 40, 45-58.

Paillé, P., & Mucchielli, A. (2008). L'analyse à l'aide des catégories conceptualisantes. *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales.* (2^e éd).(pp. 233- 274). Paris : Armand Colin.

Pauzé, R., & Roy, L. (1989). Hypothèse initiale : tentative d'ancrage dans le flot turbulent des événements. Dans J. Pluymaekers (Éd.), *Familles, institutions et approches systémique.* (pp. 132-147). Paris : Éditions ESF

Poirier, M., & Larose, S. (2007). La crise dans tous ses états. *Détresse psychologique en situation de crise.* (pp. 19 – 49). Outremont : Les Éditions Québecor.

Robert, A. R. (2000). *Crisis Intervention Handbook: Assessment, treatment, and research.* London: Oxford University Press.

Selvini-Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., & Prata, G. (1980). *Paradoxe et contre-paradoxe.* Paris, ESF.

Steinhauer, P. D. (1996). *Le moindre mal: la question du placement de l'enfant.* Montréal : Presses de l'Université de Montréal.

Tremblay, M., & Larochelle, J. (2009, novembre). Programme de maintien en milieu familial: intervenir à contre-courant ou comment utiliser la crise pour éviter un placement. Communication présentée au colloque sur l'Approche familiale, Trois-Rivières, Canada.

Turcotte, D., Lamonde, G., & Beaudouin, A. (2006). *Évaluation du programme national de formation: Analyse des trois modalités de formation.* Association des centres jeunesse du Québec et Ministère de la santé et des services sociaux : Québec.

Yin, R. K. (2003). *Case Study Research: Design and methods*. 3rd edition. Thousand Oaks : Sage.