

ACTES DES ASSISES DES FAMILLES 2026

La santé mentale dans les familles :
Réseaux personnels et soutien institutionnel



Programme

I.	Allocution d'ouverture des Assises des Familles <i>David Crisafulli, Président d'Avenir Familles</i>	2
II.	Résumé et Powerpoint de la présentation du bulletin statistiques des familles à Genève <i>Olga Ganjour, Collaboratrice scientifique, Observatoire des familles, Université de Genève</i>	4
III.	A. Résumé de la présentation « Familles – institutions – santé mentale : quels enjeux ? ».....	16
	B. Powerpoint de la présentation « Familles – institutions – santé mentale : quels enjeux ? » <i>Eric Widmer, Professeur, Observatoire des familles, Université de Genève</i> <i>Marie-Eve Zufferey, Adjointe scientifique, Observatoire des familles, Université de Genève</i>	30
IV.	Deux articles reprenant quelques thématiques de la présentation « Collaborer avec les familles face aux troubles psychiques lors de la transition à l'âge adulte : enjeux et pratiques» <i>Manuel Tettamanti, Université de Lausanne</i>	48
V.	Powerpoint de la présentation « Mentaliser la santé mentale : lier la confiance épistémique entre individu, groupe et système » <i>Martin Debbané, Professeur, Université de Genève</i>	59
VI.	Atelier 1 « Enfants, adolescent.es et dynamiques familiales » Points forts et conclusions	81
VII.	Atelier 2 « Jeunes adultes impactés dans leur santé mentale et dynamiques relationnelles (25-40 ans) » Points forts et conclusions	86
VIII.	Atelier 3 « Parents, entre stress professionnel et stress familial ».....	93
	Liste des participants	96

I. Allocution d'ouverture des Assises des familles

David Crisafulli, Président d'Avenir Familles

Mesdames et Messieurs,

Chers intervenants et collègues des Universités de Genève et de Lausanne, ainsi que des Hôpitaux universitaires de Genève,

Chers professionnels de la santé, du travail social et du monde associatif,

Chers membres et amis d'Avenir Familles,

Chères Familles,

C'est un immense honneur et un réel plaisir de vous accueillir aujourd'hui, en ce mardi 2 juin 2026, dans le cadre magnifique de l'Hôtel Le Cénacle, pour ouvrir officiellement nos Assises annuelles. Au nom de tout le Comité de l'association d'Avenir Familles, je vous souhaite la plus chaleureuse des bienvenues.

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude à l'Université de Genève et en particulier à l'Observatoire des familles, dont la collaboration scientifique et l'engagement à nos côtés sont, cette année encore, le précieux moteur de notre réflexion. Le thème qui nous rassemble aujourd'hui est d'une actualité brûlante : « La santé mentale dans les familles : réseaux personnels et soutien institutionnel ». Aborder la santé mentale sous le prisme de la famille est une nécessité absolue. Trop longtemps, la détresse psychique a été perçue comme une épreuve purement individuelle. Or, la réalité du terrain est tout autre : la santé mentale est systémique. Quand un membre de la famille souffre — qu'il s'agisse d'un enfant, d'un jeune adulte ou d'un parent —, c'est tout l'équilibre familial qui vacille. À Genève, notre mission au sein d'Avenir Familles est de scruter ces réalités quotidiennes et de poser des questions cruciales :

- Comment s'articulent les solidarités privées et l'aide publique ?
- Jusqu'où le réseau personnel peut-il porter la souffrance ?
- Comment mieux intégrer et soutenir les familles sans les surcharger ?

Pour y répondre, notre matinée va donner la parole à la recherche à travers des interventions majeures que je me réjouis de vous présenter :

Tout d'abord, Olga Ganjour posera le cadre en nous présentant les principaux indicateurs démographiques et sociaux des familles à Genève. Puis, le professeur Éric Widmer et Marie-Ève Zufferey exploreront les enjeux fondamentaux aux frontières des familles, des institutions et de la santé mentale. Nous aborderons ensuite une période charnière avec Manuel Tettamanti, qui analysera les pratiques et les défis de la collaboration avec les familles face aux troubles psychiques lors de la transition à l'âge adulte. Enfin, après une courte pause, le professeur Martin Debbané nous invitera à « cartographier la santé mentale » pour lier la confiance entre l'individu, le groupe et

le système. Cette matinée se clôturera par une discussion générale avec vous, avant de partager un moment de convivialité autour de notre buffet à midi.

Après ce bon repas et pour ne pas basculer dans un état de digestion fatigante... Nous basculerons dès 13h45 pleinement vers l'action, l'échange d'expériences et le terrain avec nos trois ateliers thématiques :

- L'atelier 1 traitera des enfants, des adolescents et des dynamiques familiales.
- L'atelier 2 se penchera sur les jeunes adultes de 25 à 40 ans impactés dans leur santé mentale et leurs dynamiques relationnelles.
- L'atelier 3 questionnera la réalité des parents, pris entre stress professionnel et stress familial.

Ces ateliers seront l'occasion d'exposer les actions de nos associations et de formuler des propositions concrètes de professionnels, avant notre mise en commun générale à 15h45. Avant de lancer nos travaux, je tiens à ouvrir une parenthèse essentielle, empreinte d'une profonde reconnaissance. Si notre association est aujourd'hui capable de vous réunir si nombreux ici, au Cénacle, c'est parce que ses fondations ont été solidement et passionnément bâties.

Je veux ici rendre un hommage tout particulier à notre présidente sortante, Danielle Jacques Walder. Danielle, durant toutes ces nombreuses années, tu as incarné l'âme, la force et la voix d'Avenir Familles. Ton implication sans faille, ton énergie débordante et ta vision de la politique familiale ont permis à l'association de grandir et de devenir l'acteur incontournable qu'elle est aujourd'hui à Genève. Succéder à une telle présidente est un immense défi, mais c'est surtout un honneur, car tu nous laisses un héritage précieux. Au nom de tout le comité, des membres et de tous ceux que tu as soutenus : un immense merci, Danielle, pour tout ce que tu as accompli.

Chers amis, l'objectif d'Avenir Familles à l'issue de cette journée est clair : ne pas en rester aux constats, mais faire émerger des recommandations pragmatiques. Nous devons briser les tabous qui entourent encore la santé mentale et construire des ponts solides entre le domicile et l'institution. Je remercie chaleureusement nos intervenants, nos partenaires, ainsi que toute l'équipe d'organisation qui a œuvré sans relâche, Danielle, Sylvie, Marie-Eve, Romain, Sylvain, Jean, Olga. Je déclare donc officiellement ouvertes ces Assises des Familles 2026 et vous souhaite à toutes et à tous une excellente et riche journée de partages. Merci pour votre attention

II. Résumé et Powerpoint de la présentation du bulletin statistiques des familles à Genève

*Olga Ganjour, Collaboratrice scientifique, Université de Genève,
Observatoire des familles*

Bulletin statistique des familles à Genève

Olga Ganjour

Avec la collaboration d'Eric Widmer

Observatoire des familles, Université de Genève



Présentation d'une sélection d'indicateurs statistiques issus des recherches de l'Observatoire des familles sur les thématiques familiales dans le canton de Genève. Ces indicateurs reposent sur une sélection de données provenant de l'Office fédéral et de l'Office cantonal de la statistique, ainsi que sur les propres calculs de l'Observatoire des familles réalisés à partir de bases de données déjà collectées. L'objectif est d'avoir une information statistique sur la situation démographique et sociale à Genève et de comparer l'évolution de ces indicateurs dans le temps entre trois cantons urbains — Genève, Zurich et Bâle-Ville — ainsi qu'avec la moyenne suisse.

Les indicateurs sont issus de la quatrième édition du bulletin des indices statistiques, disponible en ligne sur le site de l'Observatoire des familles de l'Université de Genève.¹

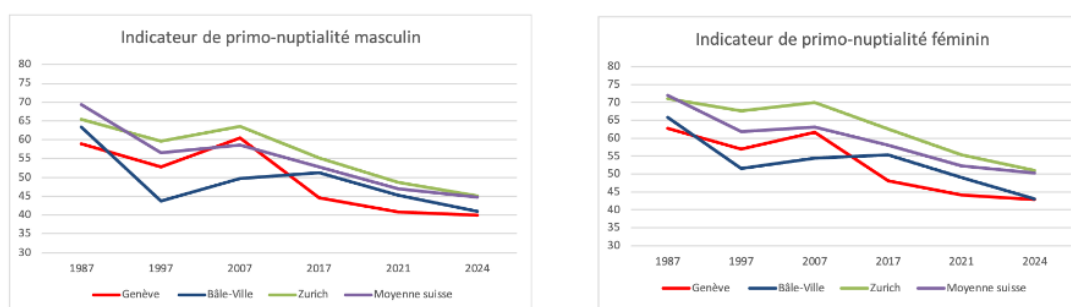
¹ Voir : https://www.unige.ch/sciences-societe/socio/application/files/1717/8222/8661/avenirfamille_flyer_5volet_vfinal_ok2.pdf

Taux de mariage

Le taux de mariage, ou indicateur conjoncturel de primo-nuptialité, à Genève, et comparaison à celui d'autres cantons suisses, notamment Zurich et Bâle-Ville, ainsi qu'à la moyenne suisse.

Ces graphiques montrent les taux de primo-nuptialité des hommes et des femmes ainsi que leur évolution dans le temps. La ligne rouge représente le canton de Genève, tandis que la ligne violette correspond à la moyenne suisse.

Primo-nuptialité masculine et féminine à Genève et dans certains cantons suisses (1987–2024)



Source: OFS, 2024

En 2024, le canton de Genève présente des taux de primo-nuptialité² inférieurs à la moyenne suisse ainsi qu'à ceux d'autres cantons urbains, tels que Zurich ou Bâle-Ville. Dans le canton de Genève, environ 40 hommes et 45 femmes sur 100 se marient une première fois.

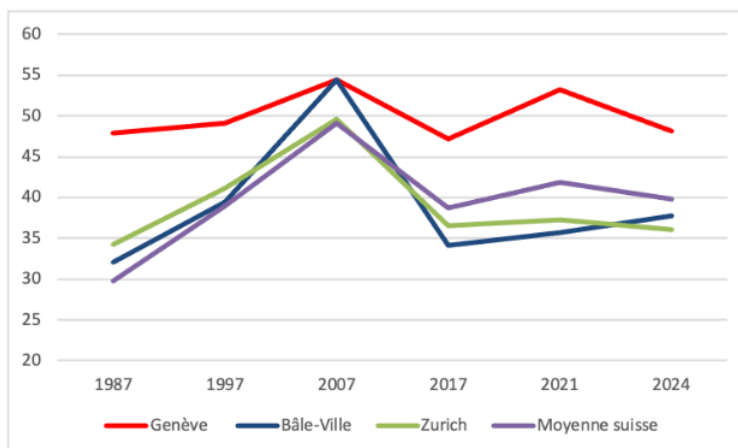
Depuis 2007, le nombre de mariages est en baisse continue à Genève, dans les autres cantons urbains et en Suisse. Ce recul s'explique notamment par un passage à la vie adulte plus tardif, le coût élevé du logement, la mobilité internationale ainsi que par la baisse de popularité du mariage et la diversification des formes de couples telles que le partenariat enregistré et la cohabitation dans l'union libre. Selon la statistique, dans le canton de Genève, la moitié des couples emménage dans un logement commun après deux ans de relation. La plupart des couples vivent ensemble sans forcément se marier. Par exemple, 84 % des couples en cohabitation vivent ensemble après 5 ans de relation (EFG, 2023 ; OFS, 2024). Les femmes se mettent en couple plus rapidement que les hommes : 52.8% des femmes et 31.5% des hommes ont emménagé avec un ou une partenaire avant 25 ans ([EFG, 2023], OFS, 2024).

² L'indicateur conjoncturel de primo-nuptialité se définit comme la somme des taux de nuptialité des célibataires masculins et féminins par âge (Il s'agit de personnes n'ayant jamais été mariées et dont l'âge est limité au maximum à 50 ans).

Taux de divorce

Cette figure présente l'indicateur conjoncturel de divortialité dans le canton de Genève, représenté par la ligne rouge, ainsi que dans les autres cantons urbains et dans la moyenne suisse, représentés en violet.

Indicateur conjoncturel de divortialité à Genève et dans certains cantons suisses (1987–2024)



Source: OFS, 2024

Genève reste, depuis la fin des années 1970, au-dessus de la moyenne suisse, puisqu'environ 5 couples sur 10 divorcent. Après une légère baisse en 2007, l'indicateur conjoncturel de divortialité a légèrement augmenté entre 2017 et 2021, à Genève comme en Suisse. Il atteint environ 53 % à Genève et 42 % en Suisse en 2021, soit environ 4 mariages sur 10 qui se termineraient par un divorce (OFS, 2021).

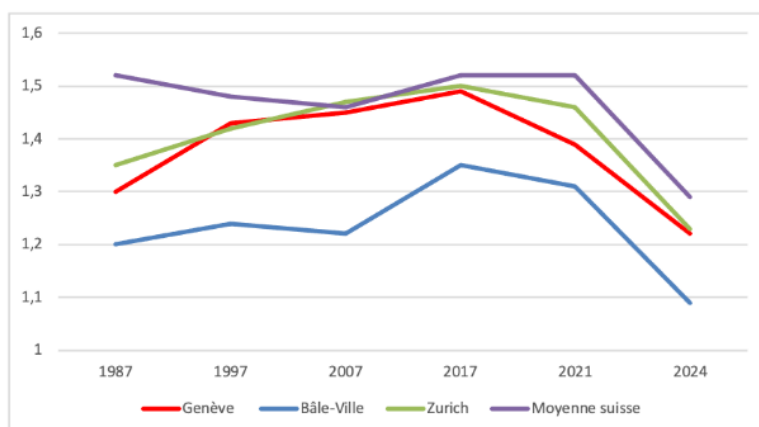
Depuis 2021, une légère baisse de l'indicateur de divortialité semble se dessiner, y compris dans le canton de Genève. En 2024, c'est toutefois le canton du Valais et non le canton de Genève qui enregistre le taux le plus élevé (51,6 %) (OFS, 2024).

Par ailleurs, les mariages à Genève durent plus longtemps qu'il y a 20 ans : en moyenne 16 ans en Suisse et 15 ans dans le canton de Genève en 2024 (contre environ 13 ans en 2007) (OFS, 2024).

Taux de fécondité

Cette figure montre l'évolution de l'indicateur conjoncturel de fécondité dans le canton de Genève et dans les autres cantons urbains suisses, ainsi que la moyenne suisse.

Indicateur conjoncturel de fécondité à Genève et dans certains cantons suisses (1987–2024)



Source: OFS, 2024

L'indice conjoncturel de fécondité était stable à Genève et Suisse depuis le milieu des années 1970, avec un niveau se situant autour de 1,5 enfant par femme. Une légère hausse a été observée depuis le début des années 2000 à Genève comme en Suisse avec un pic en 2017. Cette légère hausse est attribuable à un meilleur dispositif de conciliation travail-famille dans les villes.

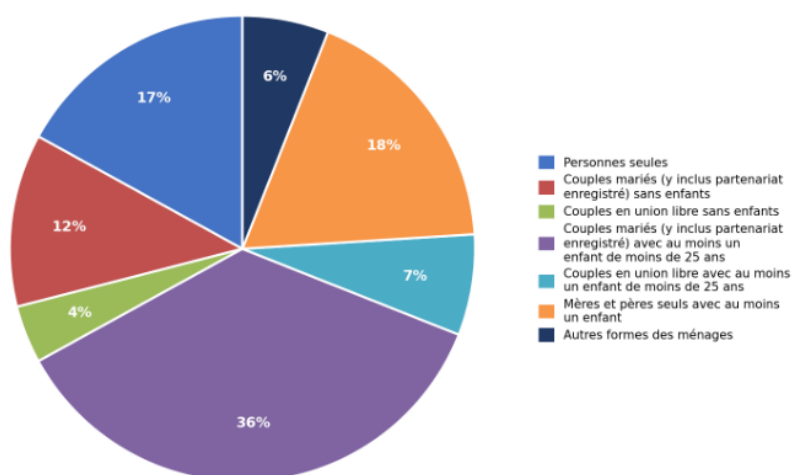
Depuis 2022 la fécondité est de nouveau en recul dans toute la Suisse et cette tendance se poursuit en 2024. En 2024, dans le canton de Genève, l'indicateur conjoncturel de fécondité atteint 1,22 enfant par femme, un niveau inférieur à la moyenne suisse (1,29).

Le canton de Bâle-Ville enregistre cependant un niveau encore plus bas, avec 1,09 enfant par femme, soit le plus faible de Suisse. Les recherches scientifiques confirment également une baisse de la fécondité similaire depuis le milieu des années 2010 dans de nombreux pays à hauts revenus.

Structure des ménages

La diversité des formes de conjugalité et le taux de divortialité stable mais élevé ont entraîné une diversification des formes de ménage à Genève. Même si les couples mariés avec enfants restent la forme de ménage la plus fréquente (36%), près d'un ménage sur cinq (18%) est aujourd'hui un ménage monoparental. Les couples vivant en union libre avec au moins un enfant représentent environ 7 % des ménages. Les couples mariés ou liés par un partenariat enregistré sans enfant représentent près de 12 % des ménages genevois, tandis que les couples cohabitant hors mariage et sans enfant représentent environ 4 %.

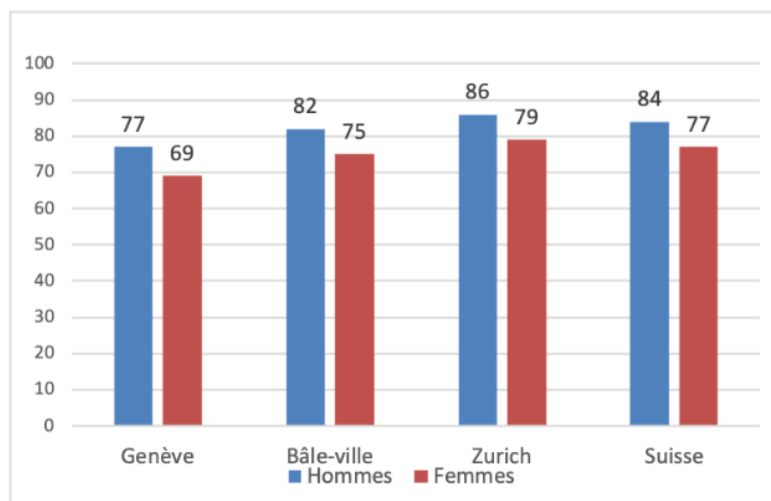
Structure des ménages dans le canton de Genève en 2024, %



Conciliation travail – famille

Présentation du taux d'activité des hommes et des femmes en âge d'activité (15–64 ans), dans le canton de Genève, ainsi que dans d'autres cantons urbains et en Suisse.

Taux d'activité (15–64 ans) à Genève, Bâle-Ville, Zurich et en Suisse (2024, %)



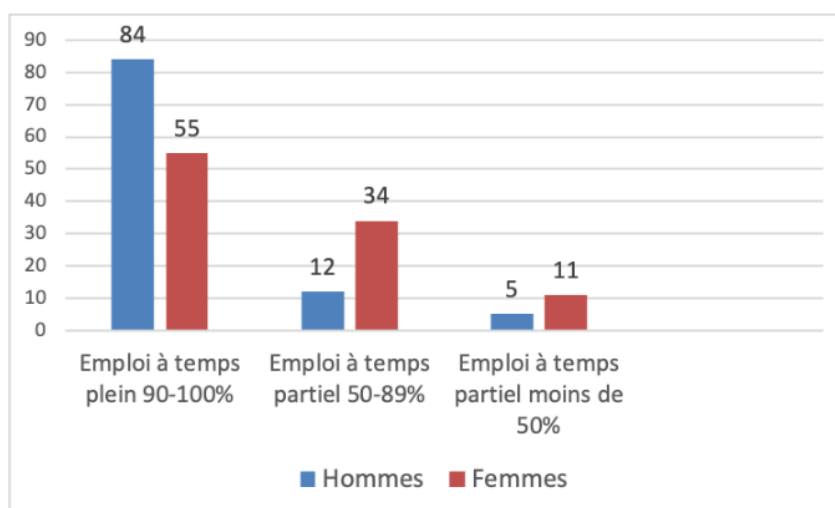
Source : OFS, 2024

En 2024, le taux d'activité des personnes actives de 15 à 64 ans dans le canton de Genève reste légèrement inférieur à la moyenne suisse ainsi qu'à celle d'autres cantons urbains tels que Zurich et Bâle (OFS, 2024). Cette tendance à un taux d'activité plus faible à Genève qu'ailleurs en Suisse est stable depuis la dernière décennie. Les différences importantes entre femmes et hommes persistent, notamment en matière de temps de travail. C'est en effet la répartition entre temps plein et temps partiel qui rend les inégalités entre les hommes et les femmes encore les plus visibles car la majorité des femmes sont employées à temps partiel.

Répartition de hommes et des femmes selon le temps de travail rémunéré

Cette figure montre la répartition des hommes et des femmes professionnellement actifs selon le temps de travail rémunéré dans le canton de Genève.

Répartition des hommes et des femmes actifs selon le temps de travail rémunéré à Genève, %



Source : OFS, 2023

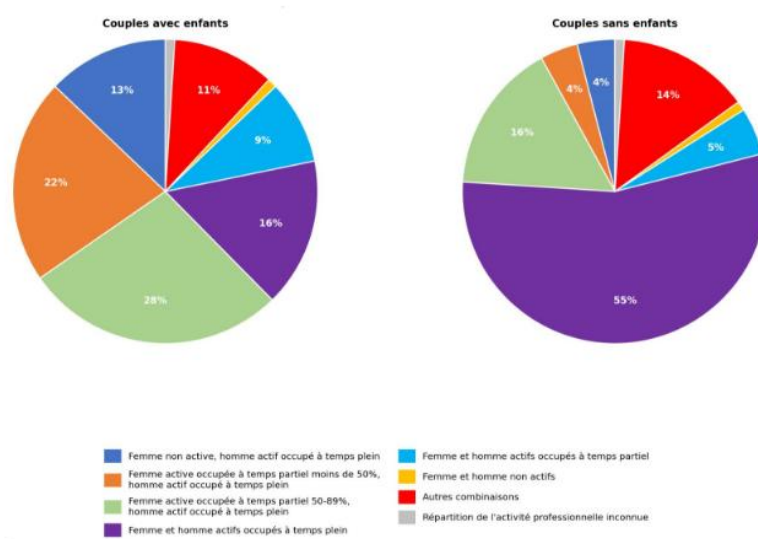
En 2023, 84 % des hommes sont actifs professionnellement à temps plein à Genève, contre seulement 55 % des femmes. À l'inverse, 34 % des femmes et 12 % des hommes occupent un emploi à temps partiel (50-89 %), ainsi que 11 % des femmes et 5 % des hommes travaillent à moins de 50 % (OFS, 2023). Le travail rémunéré à temps partiel est donc un levier important de la conciliation entre vie professionnelle et vie familiale, surtout pour les femmes, et surtout en présence des enfants. Toutefois, à Genève, la proportion de femmes actives professionnellement à moins de 50 % reste inférieure à la moyenne suisse, qui est de 22 %.

Présence des enfants et activité professionnelle

La présence d'enfants a un impact sur l'activité professionnelle des femmes et sur l'organisation du travail au sein des couples.

Ces figures présentent la répartition des couples selon leur situation professionnelle en fonction de la présence d'enfants.

Taux d'activité professionnelle des couples en Suisse selon la présence d'enfants de moins de 25 ans, %



En Suisse, en 2024, 55 % des couples sans enfants sont composés de deux partenaires travaillant tous deux à temps plein, contre seulement 16 % des couples avec enfants. Dans ces derniers, les femmes optent plus souvent pour le temps partiel ou l'arrêt d'activité : 50 % travaillent à temps partiel, contre 20 % parmi les couples sans enfants.

Ces différences sont stables depuis une dizaine d'années, en Suisse comme à Genève.

Extraits des dernières recherches de l'Observatoire des familles

Quelques résultats des recherches réalisées entre 2022 et 2025 par l'Observatoire des familles. Ces résultats reposent sur des calculs propres basés sur des données déjà collectées.

La thématique investiguée entre 2022 et 2025 portait sur le rôle des seniors au sein des familles, en portant une attention particulière à trois aspects : a) les modalités et à la fréquence de la garde des petits-enfants, b) la transmission intergénérationnelle des valeurs et des traditions — notamment dans le contexte migratoire — c) ainsi les situations de déficit de liens sociaux et d'isolement.

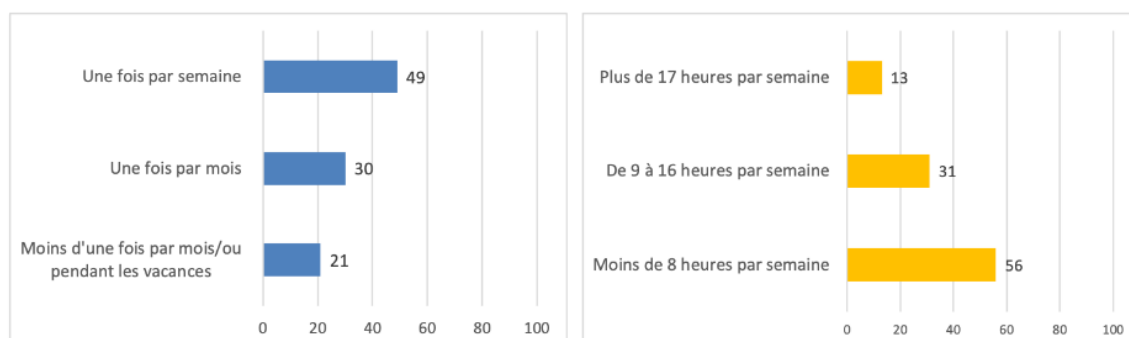
Ces thématiques sont très actuelles. Aujourd'hui, les individus vivent plus longtemps et vieillissent souvent en meilleure santé. Les recherches de l'Observatoire des familles ont souhaité comprendre les répercussions de ces tendances sur les relations familiales. La garde des petits-enfants peut parfois entrer en concurrence avec d'autres aspirations, telles que les loisirs, les voyages ou le développement personnel à la retraite.

Quelle place accordent les seniors aux solidarités familiales et quels sont les profils les plus exposés à l'isolement et à la solitude.

Garde grand-parentale des petits-enfants

Ces figures montrent la fréquence et durée de garde des petits-enfants de moins de 13 ans en Suisse par leurs grands-parents.

Fréquence et durée de garde des petits-enfants de moins de 13 ans en Suisse, %



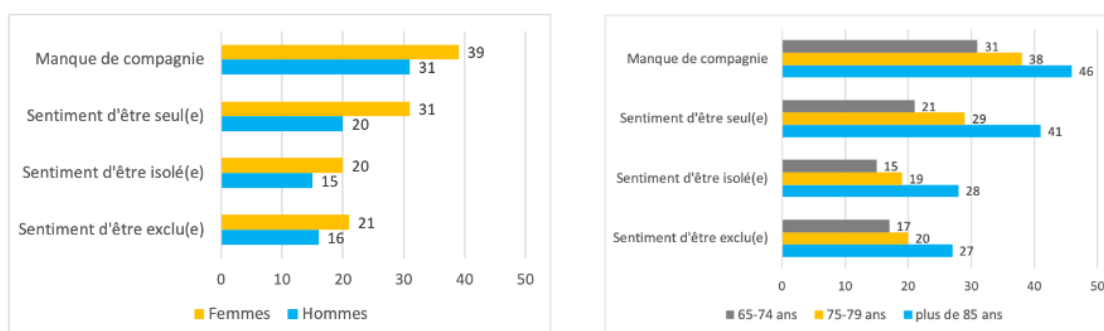
N=1757, Enquête sur les familles et générations (EFG), 2018

En Suisse, près de la moitié des grands-parents (49 %) gardent au moins un petit-enfant une fois par semaine. Environ un tiers (30 %) le font une fois par mois, et 21 % plus rarement. Concernant la durée de la garde, la plupart y consacre peu de temps : 56 % moins de 8 heures par semaine, 30 % entre 9 et 16 heures, et seulement 13 % plus de 17 heures. Globalement, la garde par les grands-parents reste une activité occasionnelle et de courte durée. La comparaison entre différentes villes suisses montre que la garde grand-parentale est moins exercée à Genève et dans le canton de Vaud qu'à Zürich et à Bâle. Ce résultat peut s'expliquer par l'offre plus fournie de structures d'accueil de la petite enfance dans le canton de Genève. Environ 29% des jeunes enfants du canton de Genève, 26% du canton de Vaud, 21% du canton de Zurich et 16% du canton de Bâle sont accueillis dans des crèches (2015-2017, OFS).

Sentiment de solitude des seniors

Nous avons étudié le sentiment de solitude à travers plusieurs dimensions : le manque de compagnie, le sentiment d'être seul, le sentiment d'isolement et celui d'exclusion. Nous avons observé que les manifestations de la solitude chez les seniors dépendent de certaines caractéristiques socio-démographiques, notamment du sexe et de l'âge.

Sentiment de solitude chez les seniors en Suisse selon le sexe et l'âge, %



N=1425, Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE), 2019-2020

Vous pouvez voir sur ces figures que les femmes sont plus touchées que les hommes de ressentir de la solitude, quelle que soit la dimension considérée. Les personnes les plus âgées, en particulier celles de 85 ans et plus, sont également les plus touchées. Dans ce groupe, 46 % déclarent un manque de compagnie et 41 % un sentiment de solitude.

Cette augmentation de la solitude avec l'âge peut s'expliquer par le déclin de la santé physique, notamment les limitations motrices et sensorielles (audition, vision), qui peuvent réduire les contacts sociaux, y compris avec la famille.

Merci pour votre attention!
Olga.Ganjour@unige.ch

Pour en savoir plus sur nos recherches :



III. Résumé de la présentation « Familles-institutions-santé mentale : quels enjeux ? »

*Eric Widmer, Professeur, Directeur de l'Observatoire des Familles
Marie-Eve Zufferey Bersier, Adjointe scientifique, Observatoire des Familles,
Université de Genève*

AXE I : SANTÉ MENTALE ET RECOURS AUX SOINS SELON LE PROFIL SOCIO- DÉMOGRAPHIQUE	AXE II : LIENS FAMILIAUX COMME FACTEURS FAVORISANT OU PEJORANT LE BIEN- ETRE	AXE III : ARTICULATION ENTRE LIENS FAMILIAUX ET RECOURS AUX SOINS INSTITUTIONNELS
Tous égaux face aux problèmes de santé mentale, ou logiques intersectionnelles?	Ambivalence des liens familiaux?	Comment le soutien familial est-il associé au recours au traitement ?
Réserves et vulnérabilités socio-démographiques comme facteurs associés aux troubles mentaux et au recours au traitement. Cadre Conceptuel NCCR LIVES	Stresseurs sociologiques multiples: événements non-normatifs, précarités, surcharge Pearlman (1989), ambivalence sociologique (Connidis & McMullin, 2002)	Complémentarité vs substitution vs non-collaboration et tentions Encouragement mutuel, la substitution, la responsabilité mixte ou complémentarité (Daatland & Lowenstein, 2005)

Le premier axe porte sur le profil socio-démographique des personnes touchées par des troubles mentaux ainsi que sur le profil des personnes ayant recours aux soins. Il s'articule autour de la question suivante : sommes-nous tous égaux face aux problèmes de santé mentale ou observe-t-on des logiques intersectionnelles ?

Cet axe repose sur l'idée que les troubles mentaux et le recours aux soins peuvent être influencés par des facteurs socio-démographiques renvoyant aux concepts de réserves et de vulnérabilités socio-démographiques, développés dans le cadre des recherches menées au sein du NCCR LIVES (Cullati et al., 2018 ; Spini et al. 2017).

Plus précisément, les travaux de Cullati montrent que certaines caractéristiques socio-démographiques durant l'enfance peuvent favoriser l'apparition de troubles psychiques à l'âge adulte. Ces recherches mettent en évidence l'importance des inégalités sociales et des parcours de vie dans la compréhension des vulnérabilités en matière de santé mentale. En outre, les vulnérabilités ne doivent pas être considérées comme des états figés, mais comme des processus dynamiques dans lesquels interagissent les stresseurs, les ressources et les contextes sociaux (Spini et al. 2017).

Le deuxième axe porte sur liens familiaux comme facteurs favorisant ou péjorant le bien-être mental.

Les ressources sociales telles que le soutien social ont un effet significatif sur la mortalité et l'espérance de vie, ainsi que sur le risque de maladie psychique, les chances de guérison et la durée de la guérison (Bachmann, 2014). Les études montrent que le climat émotionnel familial constitue un facteur de protection face aux symptômes psychiques (Butzlaff & Hooley, 1998). Les rapports de l'Obsan (Schuler et al., 2020, 2024) ont relevé que le soutien social fort, et notamment le soutien familial est un protecteur contre la détresse psychologique ainsi que contre les symptômes dépressifs et la dépression. L'étude de Pharoah et al. (2010) a montré que le soutien familial joue un rôle essentiel dans l'amélioration des résultats pour les personnes atteintes de schizophrénie. Cependant, l'ambivalence des liens familiaux (Connidis & McMullin, 2002), à la fois sources de soutien et de conflits, peut contribuer à renforcer les troubles mentaux. Par ailleurs, les difficultés rencontrées par les individus et leurs proches ne prennent généralement pas la forme de stressors isolés, mais plutôt de constellations de stressors associant problèmes durables, tensions relationnelles et charges secondaires. Dans cette perspective, les troubles psychiques affectent non seulement les personnes concernées, mais aussi leur entourage et les relations dans lesquelles ils s'inscrivent (Pearlin, 1989). Donc, notre objectif est de comprendre l'impact des liens familiaux sur la santé mentale.

Enfin, le troisième axe porte sur l'articulation entre les liens familiaux et le recours aux soins institutionnels. Il s'appuie sur le cadre théorique décrivant les relations entre l'État et la famille en matière de soutien aux individus, qui distingue trois mécanismes : l'encouragement mutuel, la substitution et la responsabilité mixte ou complémentarité (Daatland & Lowenstein, 2005).

Dans le cadre de cet axe, nous cherchons notamment à comprendre si le soutien familial — et plus particulièrement certains types de soutien, comme le soutien pratique ou émotionnel — favorise le recours au traitement en cas de troubles mentaux.

Questions de recherche:

1. Quel est le profil socio-démographique des personnes touchées par des troubles mentaux ?
2. Quel est le profil socio-démographique des personnes ayant recours à un traitement ?
3. Comment le soutien familial est-il associé aux troubles mentaux et au recours aux soins ?
4. Comment les professionnel·les du travail social prennent-ils en compte la famille et les liens familiaux dans leurs pratiques professionnelles ?

DONNÉES QUANTITATIVES

Enquête suisse sur la santé, 2022

L'enquête suisse sur la santé fait partie intégrante du programme statistique pluriannuel de la Confédération et se déroule tous les cinq ans depuis 1992. La septième enquête s'est déroulée durant toute l'année 2022. La récolte des données se fait, d'une part, par interview téléphonique et, d'autre part, par un questionnaire écrit (en allemand, français ou italien). Sont interrogées les personnes de 15 ans et plus vivant en Suisse dans un ménage privé. Les informations recueillies concernent l'état de santé et les comportements influant sur la santé.

- **Enquête:** 7ème édition du programme fédéral pluriannuel qui se déroule tous les cinq ans depuis 1992.
- **Réalisation:** Office fédéral de statistique
- **Procédure:** La collecte des données se fait, d'une part, par interview téléphonique et, d'autre part, par un questionnaire écrit (en allemand, français ou italien).
- **Objectif:** Concerne l'état de santé et les comportements influant sur la santé.
- **Participant.es :** 19 137 individus âgés de 15 ans et plus vivant en Suisse dans un ménage privé.

Le profil sociodémographique des personnes touchées par la dépression

- **Le genre :** La dépression touche davantage les femmes que les hommes.
- **L'âge :** La dépression touche davantage les personnes en âge d'activité, tandis qu'elle est moins fréquemment déclarée chez les jeunes de 16 à 24 ans ainsi que chez les personnes les plus âgées.
- **La formation :** La dépression concerne plus fréquemment les personnes disposant d'un faible capital socio-économique, notamment celles ayant un niveau de formation obligatoire ou secondaire général.
- **L'état civil :** Par ailleurs, les personnes célibataires et divorcées sont davantage concernées par la dépression que les personnes mariées.
- **Avoir des enfant(s) :** Les individus sans enfants déclarent plus fréquemment un état dépressif que ceux ayant des enfants.
- **La situation financière :** De même, les personnes en situation financière difficile présentent plus souvent des symptômes de dépression que celles bénéficiant d'une situation financière aisée.
- **Le statut du logement :** Les locataires sont davantage touchés par la dépression que les propriétaires.

Le profil sociodémographique des personnes touchées par les troubles anxieux

- **Le genre** : Les femmes sont davantage touchées par les troubles anxieux que les hommes.
- **L'âge** : Les troubles anxieux touchent davantage les personnes en âge d'activité, tandis qu'ils sont moins fréquemment déclarés chez les jeunes de 16 à 24 ans et les personnes les plus âgées.
- **La formation** : les troubles anxieux touchent plus fréquemment les personnes disposant d'un faible capital socio-économique, notamment celles ayant un niveau de formation obligatoire ou secondaire général.
- **L'état civil** : les personnes célibataires et divorcées sont davantage concernées par les troubles anxieux que les personnes mariées.
- **Avoir des enfant(s)** : Les individus sans enfants déclarent plus fréquemment le fait d'avoir des troubles anxieux que ceux ayant des enfants.
- **La situation financière** : De même, les personnes en situation financière difficile présentent plus souvent des troubles anxieux que celles bénéficiant d'une situation financière aisée.
- **La région de résidence** : les résidents de Suisse romande et de Suisse italienne sont plus touchés par les troubles anxieux que les résidents de Suisse alémanique.

Les facteurs associés aux troubles mentaux

Les facteurs qui sont associés aux troubles mentaux sont :

- **Le genre** : femmes
- **L'âge** : 35-44 ans
- **Le niveau d'éducation** : scolarité obligatoire ou formation générale
- **L'état civil** : divorcé·e ou séparé·e
- **Sans enfant(s)**
- **La situation financière** : difficile
- **Le statut du logement** : locataire
- **La région** : Suisse romande et Suisse italienne

De manière générale, nos résultats confirment l'effet des caractéristiques socio-démographiques sur la présence de la dépression et des symptômes d'anxiété. Nous observons que les personnes disposant de moins de ressources socio-économiques et sociales sont davantage touchées par les troubles mentaux, illustrant ainsi un phénomène de cumul des vulnérabilités.

Le recours au traitement des personnes touchées par des troubles mentaux (%)

Les personnes touchées par des troubles mentaux ne recourent pas toutes de la même manière aux traitements. Le recours aux soins est plus fréquent chez les

personnes souffrant d'une dépression diagnostiquée par un médecin, avec environ 70 % d'entre elles suivant un traitement. Les personnes atteintes de dépression ou de troubles anxieux diagnostiqués par un médecin recourent à un traitement dans environ un cas sur deux, tandis que celles présentant des symptômes dépressifs ou anxieux modérés n'y ont recours que dans environ 30 % des cas.

Le non-recours au traitement en cas de dépression :

- **L'âge** : Les jeunes âgés de 16 à 24 ans, ainsi que les personnes de 55–64 ans, 65–74 ans et de 75 ans et plus, recourent moins souvent aux soins.
- **La nationalité étrangère** : Un non-recours au traitement est observé chez les personnes de nationalité étrangère.
- **La localité** : Un non-recours au traitement est observé chez les personnes qui résident en milieu rural.

Le recours :

- **L'état civil** : Les personnes divorcées accèdent plus fréquemment au traitement que les personnes mariées.

Le non-recours au traitement en cas des troubles anxieux :

- **L'âge** : Les jeunes âgés de 16 à 24 ans, ainsi que les personnes de 55–64 ans, 65–74 ans et de 75 ans et plus, recourent moins souvent aux soins.
- **La nationalité étrangère** : Un non-recours au traitement est observé chez les personnes de nationalité étrangère.
- **La localité** : Un non-recours au traitement est davantage observé chez les habitants de la Suisse romande.

Le recours :

- **L'état civil** : Les personnes divorcées accèdent plus fréquemment au traitement que les personnes mariées.

Les facteurs associés au non-recours au traitement des troubles mentaux

- **L'âge** : jeunes (16–24 ans), 45–54 ans, 65–74 ans
- **La nationalité étrangère**
- **Résident·es en milieu rural**
- **Résident·es de Suisse romande**

De manière générale, nos résultats confirment l'effet des caractéristiques socio-démographiques sur le recours au traitement en cas de troubles mentaux. Ils rejoignent également les travaux de l'Obsan, qui mettent en évidence des inégalités

sociales, territoriales et démographiques dans l'accès aux soins psychiques en Suisse, notamment selon l'âge, la nationalité, le genre et la région de résidence. Selon Obsan, les femmes recourent plus souvent aux traitements que les hommes, tandis que certains groupes restent davantage exposés au non-recours aux soins, notamment les personnes de nationalité étrangère, les populations vivant dans des régions périphériques ou rurales ainsi que certains groupes d'âge.

Le soutien émotionnel familial selon la présence d'une dépression

Dans le cadre du deuxième d'axe de notre recherche, les résultats issus des analyses quantitatives montrent que les personnes touchées par des troubles mentaux bénéficient davantage de soutien familial que les personnes non concernées par ces troubles. Plus particulièrement, une association positive significative a été observée entre les principaux types de soutien familial — soutien émotionnel, soutien organisationnel, aide au transport, aide dans les tâches ménagères et autres formes de soutien — et le fait d'être atteint de troubles mentaux.

Par exemple, les figures présentées dans les diapositives 32 et 33 montrent que les personnes souffrant de dépression ou de troubles anxieux reçoivent davantage de soutien émotionnel de la part de leur entourage familial que les personnes non concernées par ces troubles.

Malheureusement, l'absence d'indicateurs relatifs aux conflits familiaux dans la base de données ne permet pas d'analyser l'impact des troubles mentaux sur l'augmentation des tensions ou des conflits au sein de la famille. Cependant, la dimension de l'ambivalence des relations familiales et son influence sur les troubles mentaux ont été approfondies dans la partie qualitative de la recherche.

Le recours au traitement en fonction du soutien familial

Dans le cadre du troisième axe de notre recherche, nous avons étudié comment le recours au traitement est associé au soutien familial.

Nous avons distingué les dimensions suivantes du soutien familial : le soutien émotionnel (compagnie et appui moral), le soutien ménager (tâches domestiques telles que le nettoyage, la lessive, les courses et la préparation des repas), le soutien organisationnel (coordination avec le médecin), ainsi que le soutien lié au transport et à d'autres soutiens.

Les résultats montrent que l'accès au traitement en cas de troubles mentaux est positivement associé au type de soutien familial reçu, en particulier au soutien émotionnel, au soutien organisationnel et aux autres types de soutien familial. Cette association est particulièrement marquée chez les personnes connaissant des états dépressifs ou anxieux.

Nous observons un effet homogène du lien entre le soutien familial et le recours aux soins en cas de troubles mentaux (dépression, symptômes dépressifs, dépression diagnostiquée par un médecin, troubles anxieux, symptômes anxieux et troubles anxieux diagnostiqués par un médecin).

Le soutien familial émotionnel, organisationnel ainsi que les autres formes de soutien favorisent le recours aux soins en cas de troubles mentaux. Donc, le principe de complémentarité — ou d'encouragement mutuel — entre le soutien familial et le recours au traitement a été confirmé.

Conclusion

Le profil sociodémographique constitue un facteur prédictif des troubles mentaux et du recours aux soins. Les individus disposant de faibles ressources socio-économiques sont davantage concernés par les troubles mentaux. Nos résultats confirment **une accumulation de vulnérabilités** économiques, sociales et psychiques.

Le non-recours au traitement est associé à :

- **L'âge** : les jeunes (16–24 ans) recourent moins souvent au traitement que les personnes de 35-44 ans.
- **La nationalité** : les personnes de nationalité étrangère recourent moins souvent au traitement que les Suisses.
- **La localité** : Les résident·es du milieu rural recourent moins au traitement que résident·es du milieu urbain.
- **La région de résidence** : Les résident·es de Suisse romande recourent moins au traitement que les résident·es de Suisse alémanique.

Le recours au traitement est associé à :

- **Genre** : Les femmes recourent davantage au traitement que les hommes.
- **A l'état civil** : les personnes divorcées recourent plus souvent au traitement que les personnes mariées.

Le soutien familial est positivement associé à la présence de troubles mentaux.

Les personnes touchées par des troubles mentaux bénéficient davantage de soutien familial que celles qui ne sont pas concernées par ces troubles.

Le soutien familial est positivement associé au recours au traitement. Cela particulièrement concerne : le soutien familial émotionnel, organisationnel et les autres formes de soutien.

DONNÉES QUALITATIVES

En parallèle à l'analyse des données quantitatives, nous avons collecté des données qualitatives. Pour cela, nous avons convié différent·es professionnel·les à participer à deux focus groups, c'est-à-dire à des discussions collectives autour de la santé mentale et plus particulièrement autour des relations entre le soutien des professionnel·les et le soutien familial. Les participants aux focus groupes étaient invités à répondre à diverses questions en se basant sur leur pratique professionnelle.

Ils étaient entre 5 et 6 personnes, de différentes professions, dont des travailleurs sociaux, des psychologues, des infirmiers et certains qui étaient bénévoles. Toutes et tous travaillaient dans des associations ou institutions s'occupant de la santé mentale. Au niveau des objectifs de l'action des professionnel·les, on peut distinguer deux grandes catégories : il y a d'abord les professionnel·les qui centrent leurs actions sur la personne atteinte dans sa santé mentale et ceux qui soutiennent les proches aidants, qui sont principalement des membres des familles. Ensuite et généralement en fonction de l'âge de la personne atteinte dans sa santé mentale, les professionnel·les interagissent plus ou moins avec les familles. On constate, à la lecture des entretiens réalisés, que les professionnel·les, qui s'occupent des enfants et des jeunes jusqu'à 25 ans, prennent davantage en compte les familles, ce qui est moins le cas, voire pas du tout le cas, des professionnel·les qui travaillent avec les adultes.

Dans le discours des professionnel·les interviewé·es, le terme de « familles » désigne d'abord la famille nucléaire, c'est-à-dire celle composée des parents et éventuellement des frères et soeurs ; ensuite la famille élargie ; puis la famille monoparentale et finalement la famille choisie, c'est-à-dire que cette notion est laissée à la libre définition du patient lui-même. Il peut s'agir d'amis, voire d'une personne travaillant dans le réseau de soins, qui est alors plutôt qualifiée de « proche ».

L'objectif des deux focus groups organisés était de savoir comment les professionnel·le·s prenaient en compte les familles et les proches dans le cadre de leurs pratiques. Nous leur avons donc demandé de décrire le rôle de leur association ou de leur institution vis-à-vis des familles et des proches.

Les discussions ont été analysées à l'aide du logiciel Atlas.ti, qui permet de repérer les logiques d'action des professionnel·les, pour déterminer quelles sont celles qui reviennent le plus fréquemment. Après comptabilisation, les thèmes les plus abordés par les professionnel·les ont été par ordre décroissant :

- L'articulation entre le soutien familial et le soutien institutionnel
- Les besoins des usager·ères
- L'importance des liens familiaux et extra-familiaux
- La prise en charge (familiale et individuelle)
- Les pistes d'amélioration du système

Les thèmes principaux, notamment l'articulation entre le soutien familial et le soutien institutionnel et l'importance des liens familiaux et extra-familiaux ont été retenus pour les analyses.

La présentation se déroulera en 4 axes avec d'abord le profil des individus concernés par la santé mentale et le recours aux soins ; ensuite les enjeux des liens familiaux ; en 3^{ème} partie l'articulation entre les liens familiaux et le soutien institutionnel et finalement les réflexions des professionnel·les sur le réseau de soins.

Axe I : Santé mentale et recours aux soins selon le profil socio-démographique

Tout d'abord, nous avons demandé aux professionnel·les de définir qui étaient les bénéficiaires de leurs suivis, au niveau du **profil socio-économique** et aussi du genre. Pour la plupart d'entre eux, les troubles psychologiques touchent les personnes de toutes les catégories sociales, pourtant, on entrevoit derrière certaines remarques qu'ils formulent, que la fréquence d'apparition n'est peut-être pas toujours la même en fonction des conditions sociales, mais c'est un point qu'ils n'ont pas réellement abordé. Au contraire, ils soulignent plutôt le caractère général des troubles psychologiques.

Nous avons également interrogé les professionnel·les à propos du **genre** des personnes qui viennent en consultation, et, à cet égard, ils relèvent plutôt une parité,

Selon la majorité des professionnel·les, interviewé·es, la souffrance psychologique touche les personnes de genre différent à part plus ou moins égale, mais ce qui change et qui est uniformément remarqué est l'engagement plutôt féminin dans les processus de suivis. Les femmes ne développeraient pas plus de symptômes de souffrance psychique que les hommes, mais elles demandent plus facilement de l'aide à la fois pour elles-mêmes et/ou pour leurs proches, notamment pour leurs enfants, démontrant ainsi la grande implication féminine dans les tâches de care et les relations familiales.

En conclusion de ce premier axe et par rapport aux résultats exposés dans la partie quantitative de la recherche, on constate que le fait que la dépression et les troubles anxieux touchent plus fréquemment les individus disposant d'un faible capital socio-économique et les femmes n'est généralement pas appréhendé par les professionnel·les interviewé·es.

Axe II : Liens familiaux comme facteurs favorisant ou péjorant le bien-être

Après avoir dressé le profil des professionnel·les, de leurs patient·es et des familles, nous nous sommes interrogés, dans ce deuxième axe, sur la place des liens familiaux et extra-familiaux dans les suivis des professionnel·les.

Lors des focus groupes, les professionnel·les interviewé·es ont souligné l'importance des liens à la fois familiaux et extra-familiaux, qui sont pensés comme des dimensions centrales de la santé mentale, puisqu'ils participent à la fois aux possibilités de soutien et à l'exposition aux difficultés.

Si les liens apparaissent comme des ressources très importantes pour le patient·e, ils peuvent aussi être traversés par des tensions, des charges émotionnelles et des formes de vulnérabilité lorsqu'ils sont absents, selon les professionnel·les interviewé·es.

Ces derniers indiquent que les familles impliquées dans la prise en charge d'un proche sont touchées par l'**anxiété** de façon très généralisée. L'anxiété des familles face à la maladie mentale d'un proche, la surcharge que cela provoque au quotidien a des répercussions sur les liens familiaux, soit en les resserrant, soit en éloignant les personnes les unes des autres, parce que les tensions sont parfois trop fortes. Lorsque le lien familial devient trop difficile à gérer, ceci provoque alors un isolement de la personne atteinte dans sa santé mentale. Le lien familial, au lieu d'être une ressource devient une autre souffrance.

Chez les adultes, les professionnel·les interviewé·es notent que les situations conjugales sont davantage caractérisées par le divorce ou la séparation.

Les discours recueillis font apparaître la complexité des liens familiaux, étant à la fois une ressource potentielle importante, une source de difficultés, mais dont l'absence est également cause de souffrance.

Les professionnel·les décrivent l'**ambivalence** du soutien familial. Selon eux, la famille soutient la personne atteinte dans sa santé mentale, surtout s'il s'agit d'un jeune vivant à la maison, mais pas toujours d'une façon considérée comme adéquate.

Si les liens interpersonnels sont bien valorisés par les professionnel·les comme une ressource très importante, l'importance des liens familiaux n'est pas clairement soulignée par les professionnel·les, qui notent plutôt les difficultés à nouer des liens positifs. Dans cette perspective, l'isolement familial et extra-familial des individus atteints de troubles psychique est une dimension importante des situations de fragilité liées aux enjeux de santé mentale.

Axe III : Articulation entre liens familiaux et recours aux soins institutionnels

L'un des objectifs de la recherche était d'interroger les professionnel·les sur la place accordée aux familles dans la prise en charge institutionnelle et ce sujet a été longuement discuté lors des focus groupes. La littérature scientifique indique que les familles sont souvent tenues à l'écart et ne sont pas réellement prises en compte dans la prise en charge d'un de leurs membres atteints de troubles psychiques. Après avoir parlé des profils et de l'importance des liens familiaux et extra-familiaux, nous nous sommes penchés, dans cette troisième partie, sur l'articulation entre le soutien familial et le soutien institutionnel.

Lors de nos entretiens se sont dessinés 3 types différents de prise en charge des individus et de leur famille en fonction principalement de l'âge des patients.

Le premier type est une prise en charge familiale lorsqu'il s'agit de jeunes enfants, le deuxième type est une prise en charge mixte pour les jeunes adultes vivant au domicile parental, c'est-à-dire combinant la prise en charge de l'individu et par moments de sa famille avec l'accord du patient et sur sa demande, et le troisième type étant une prise en charge purement individuelle pour les personnes de 25 et plus.

Les professionnel·les interviewé·es s'accordent sur l'importance de la participation de la famille à la prise en charge, même si, pour certain·es, la non-participation de la famille semble nécessaire. Leur discours répond à deux types de normes sociales, soit celle de la solidarité familiale d'une part et celle de l'autonomie individuelle, d'autre part.

Les professionnel·les suggèrent que la famille a un impact à la fois sur la prise en charge du patient et sur les symptômes des troubles psychiques. Ils décrivent des situations où la participation de la famille impacte positivement la prise en charge, constituant un appui central, et, au contraire, des situations où les relations familiales impactent négativement la prise en charge, le soin ou le suivi institutionnel.

Lorsque les professionnel·les s'occupent des jeunes vivant au domicile parental. Le soutien parental aux soins est alors un facteur influençant **positivement** le suivi, qui apporte des résultats plus rapidement. Par contre, lors des discussions sur l'impact de la famille dans la prise en charge, des formes de lien dits « toxiques » ont été évoqués pour désigner les relations problématiques dans l'entourage des personnes ou familles prises en charge.

Ensuite, nous avons étudié comment la solidarité informelle, notamment au sein de la famille, s'articule avec la solidarité formelle, incarnée par les institutions, dans la prise en charge. Nous nous intéressons à la manière dont ces deux sphères collaborent, se complètent, se remplacent, ou, au contraire, ne collaborent pas et peuvent être en tension.

Comme expliqué à travers l'analyse quantitative, un enjeu majeur pour les établissements de soins est de mieux intégrer les familles, de ne pas les maintenir à distance du dispositif thérapeutique, et de ne pas les considérer uniquement comme

une source de stress, mais aussi comme une ressource potentielle dans le processus de soin. La littérature scientifique souligne que, malgré des preuves solides de leur efficacité, les interventions familiales sont rarement mises en œuvre de manière systématique dans la pratique clinique. Pourtant, les études montrent que le climat émotionnel familial constitue un facteur de protection face aux symptômes psychiques. Il devient alors crucial de comprendre comment les institutions peuvent contribuer à réduire les facteurs de stress familiaux, afin d'éviter qu'ils ne nourrissent des cercles vicieux aggravant l'évolution de la maladie.

Lors des focus groupes, les professionnel·les ont désigné la prédominance d'un modèle de coopération et de complémentarité entre le soutien institutionnel et le soutien familial ; toutefois, ils suggèrent aussi parfois des rôles de substitution, de non-collaboration et/ou de tensions.

Coopération et complémentarité

Certains professionnel·les interviewé·es considèrent les parents comme les experts de leur enfant et leur attribuent une position centrale dans le processus de soins.

Cette attitude reflète l'importance accordée à la famille particulièrement dans le cas de suivis d'enfants ou de jeunes vivant au domicile parental. Il y a alors une volonté de renforcer les compétences familiales pour faire de la famille un véritable partenaire dans le suivi médical.

Substitution

Les analyses des focus groupes indiquent aussi des formes de substitution du soutien familial par le soutien institutionnel, notamment lorsqu'il s'agit d'apaiser les enjeux engendrés par les conflits et/ou l'exclusion sociale. Certaines associations offrent des lieux, un cadre, un accompagnement dans un environnement qualifié de « sécuritaire », qui remplace d'une certaine manière le cadre familial, qui éventuellement manque ou n'offre pas cette protection.

Lors des focus groupes, l'élargissement de ce qui est considéré comme « famille » ou « entourage significatif » à d'autres personnes dans l'accompagnement ont été abordés. Les professionnel·les ont décrit des situations où des éducateur·trices ou enseignant·es sont considérés comme faisant partie de l'entourage significatif dans l'accompagnement, notamment lorsqu'il n'y a personne de la famille, alors la personne de référence, et/ou ressource peut être un représentant d'une organisation étatique, et parfois des amis.

Non-collaboration

La non-collaboration avec les familles des personnes prises en charge est parfois décrite comme importante pour l'émancipation des individus. Des tensions relationnelles sont également évoquées entre les familles et les institutions :

Les professionnel·les ajoutent qu'il y a des enjeux spécifiquement liés à la frustration des parents vis-à-vis de l'autonomie du jeune adulte, lorsque celui-ci ne veut pas les

informer sur le suivi et qu'ils ne trouvent pas de réponses auprès des soignants. En effet, lorsque le jeune adulte a plus de 18 ans, il faut l'accord du patient pour que la famille soit informée du suivi médical. Dans de nombreux cas, le jeune adulte vivant encore souvent au domicile parental, ceci engendre une distorsion entre l'important soutien quotidien fourni par les familles et les informations qu'elles reçoivent sur le suivi médical. Ce fonctionnement institutionnel basé sur des pratiques professionnelles qui traitent l'individu sans prendre en compte son réseau familial et social, ne correspond pas toujours aux besoins des familles. D'autre part et par rapport aux résultats quantitatifs, ces pratiques basées sur l'autonomie individuelle ne tiennent pas compte de la relation positive entre l'accès au traitement pour troubles psychologiques et le soutien familial, comme expliquée dans la partie quantitative de notre recherche.

Axe IV. Propositions d'amélioration des relations entre le réseau de soins et les familles

Après notre analyse des profils socio-démographiques des personnes souffrant de troubles psychiques, de l'importance des liens familiaux et de l'articulation entre liens familiaux et soutien institutionnel, nous exposons brièvement, dans cette dernière partie, les propositions principales des professionnel·les pour améliorer les relations entre le réseau de soins et les familles ou pour simplement améliorer le réseau de soins.

- Donner plus de place aux familles à travers l'écoute.
- Améliorer le dialogue avec la psychiatrie adulte dans le cas d'enfants ayant des parents présentant des troubles psychologiques.
- Mieux informer les proches du patient des pratiques institutionnelles.
- Mieux informer la population suisse des troubles psychologiques. Rôle de l'Etat.

Collaboration à l'intérieur du réseau de soins

Quant à la question de la collaboration entre les institutions et associations, les professionnel·les interviewé·es relèvent la richesse du réseau associatif et institutionnel genevois. Cette richesse est certainement un atout, mais peut aussi être un défi quand il s'agit d'orienter un patient à l'intérieur du réseau. La multiplicité des acteurs rend nécessaire la collaboration entre associations et institutions. Les professionnels interviewés ont souligné l'importance du Collectif Santé Mentale Genève (CSMGE), ainsi que les contacts réguliers avec les collègues d'autres associations/institutions.

Conclusion

Finalement et en conclusion, si on compare les résultats quantitatifs et qualitatifs, on s'aperçoit que les déterminants sociaux de la santé sont quasi absents du discours des professionnel·les. En effet et comme expliqué dans la première partie de cet exposé, les personnes davantage touchées par les troubles psychologiques sont les femmes, les personnes séparées, celles disposant d'un faible capital socio-économique et celles vivant dans une situation financière difficile. Bien sûr, personne n'est à l'abri de ressentir des symptômes de troubles psychologiques mais, si on parle de la fréquence d'apparition de ces troubles, on se rend compte que certains facteurs sociaux-économiques prédisposent à leur apparition, ce qui confirmerait le lien entre ressources socio-économiques, stress sociaux et troubles psychologiques.

D'autre part, les effets de genre, qui ne sont pas soulignés par tous les professionnel·les, sont également présents dans les résultats des analyses quantitatives. Le rôle des femmes dans notre société et leur forte implication dans la sphère familiale apparaissent également clairement à travers nos analyses quantitatives et qualitatives. Elles sont présentes à la fois comme proche soutenance et comme personnes présentant des symptômes de souffrance mentale à des pourcentages plus élevés que les hommes.

Dans l'ensemble, le discours des professionnel·les se révèle plus inclusif que les résultats des analyses quantitatives dans le sens où il tend à gommer l'impact du revenu et du genre.

On remarque aussi dans leur posture une oscillation entre l'utilisation de la famille comme un soutien aux soins, c'est-à-dire répondant ainsi au principe de la solidarité familiale, et celui de l'autonomisation de l'individu, une norme également très forte dans notre société. Alors que les résultats quantitatifs montrent que le soutien familial est un facteur important de la santé mentale et de l'accès aux soins, il y a une relative méfiance vis-à-vis de la famille dans la psychiatrie adulte, qui voit dans cette famille qualifiée parfois de dysfonctionnelle, voire de toxique, un facteur déclencheur des troubles psychologiques.

Il ne s'agit pas, bien sûr, d'ignorer les situations de maltraitance au sein des familles et de les décrire comme un havre de paix, mais de bien saisir toute l'ambivalence du soutien familial, qui permet un meilleur accès aux soins, un soulagement des symptômes plus rapide, mais une famille qui est aussi vulnérable car soumise à de nombreux stress socio-économiques et qui peut être parfois dysfonctionnelle dans une certaine mesure.

B. Powerpoint de la présentation de l'étude « Familles-institutions-santé mentale : quels enjeux ? »

*Eric Widmer, Professeur, Observatoire des familles,
Université de Genève*

*Marie-Eve Zufferey, Adjointe scientifique, Observatoire des Familles,
Université de Genève*

AXES D'ANALYSE

AXE I : SANTÉ MENTALE ET RECOURS AUX SOINS SELON LE PROFIL SOCIO- DÉMOGRAPHIQUE	AXE II : LIENS FAMILIAUX COMME FACTEURS FAVORISANT OU PEJORANT LE BIEN- ÊTRE	AXE III : ARTICULATION ENTRE LIENS FAMILIAUX ET RECOURS AUX SOINS INSTITUTIONNELS
Tous égaux face aux problèmes de santé mentale, ou logiques intersectionnelles?	Ambivalence des liens familiaux?	Comment le soutien familial est-il associé au recours au traitement ?
Réserves et vulnérabilités socio- démographiques comme facteurs associés aux troubles psychologiques et au recours au traitement. Cadre Conceptuel NCCR LIVES	Stresseurs sociologiques multiples: événements non-normatifs, précarités, surcharge Pearlin (1989), ambivalence sociologique (Connidis & McMullin, 2002)	Complémentarité vs substitution vs non-collaboration et tensions Encouragement mutuel, la substitution, la responsabilité mixte ou complémentarité (Daatland & Lowenstein, 2005)

5

Questions de recherche:

1. Quel est le profil socio-démographique des personnes touchées par des troubles psychologiques ?
2. Quel est le profil socio-démographique des personnes ayant recours à un traitement ?
3. Comment le soutien familial est-il associé aux troubles psychologiques et au recours aux soins?
4. Comment les professionnel·le·s du travail social prennent-ils en compte la famille et les liens familiaux dans leurs pratiques professionnelles ?

6

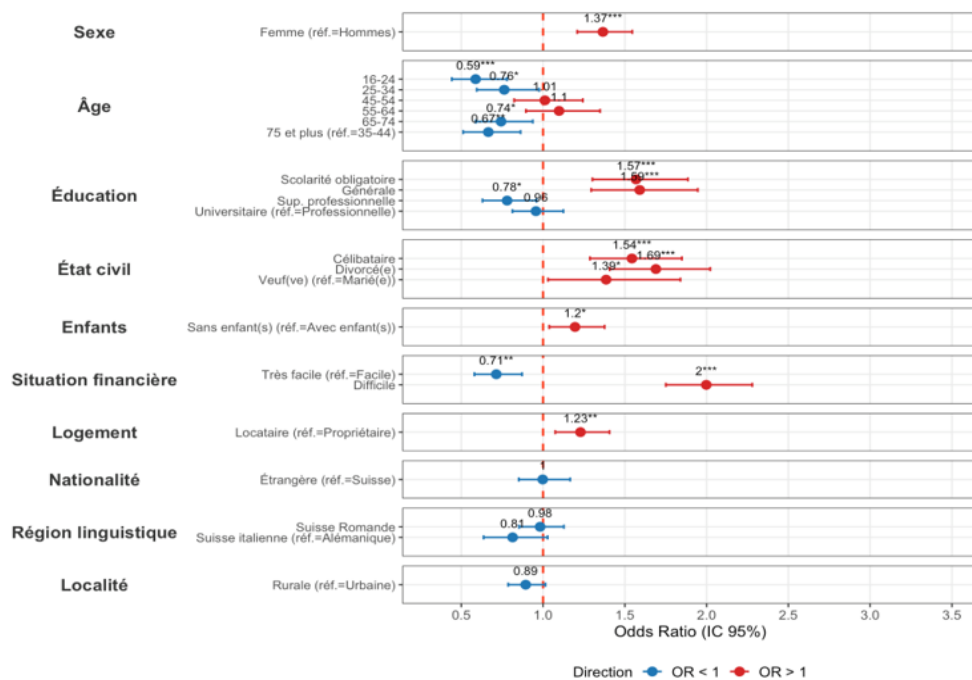
Données quantitatives

Enquête suisse sur la santé, 2022

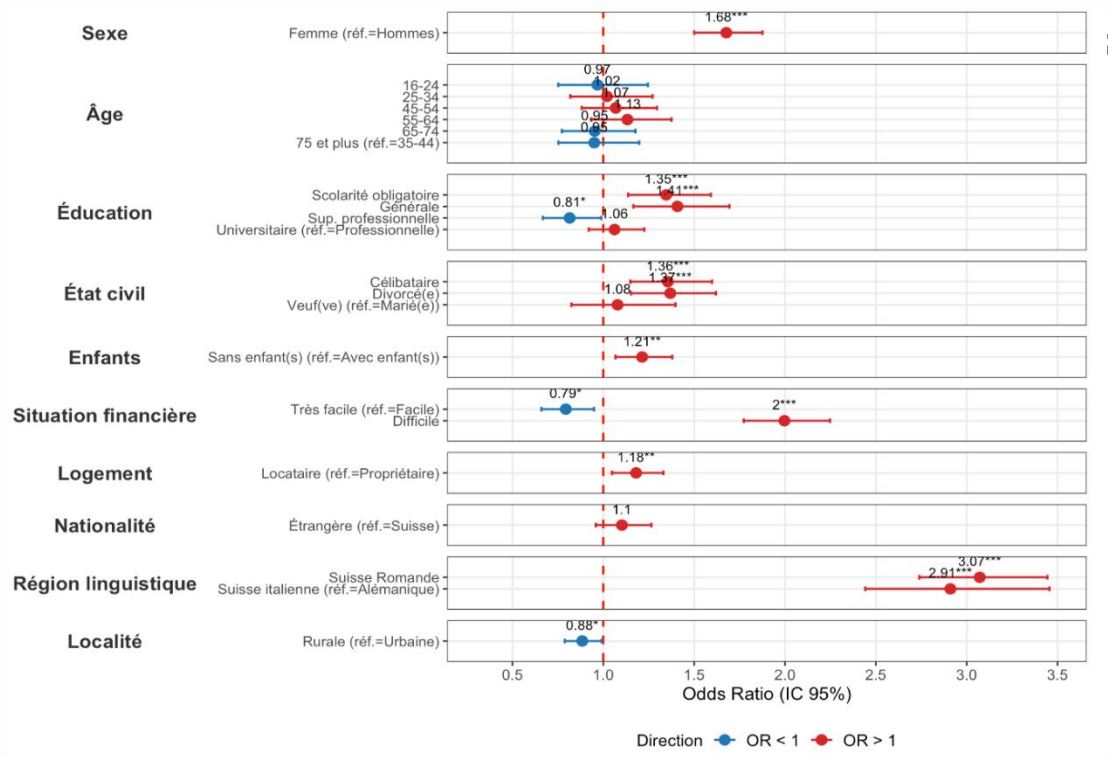
- **Enquête:** 7ème édition du programme fédéral pluriannuel qui se déroule tous les cinq ans depuis 1992.
- **Réalisation:** Office fédéral de statistique
- **Procédure:** La collecte des données se fait, d'une part, par interview téléphonique et, d'autre part, par un questionnaire écrit (en allemand, français ou italien).
- **Objectif:** Concerne l'état de santé et les comportements influant sur la santé.
- **Participant.e.s :** 19 137 individus âgés de 15 ans et plus vivant en Suisse dans un ménage privé.

Profil sociodémographique des personnes touchées par la dépression

7

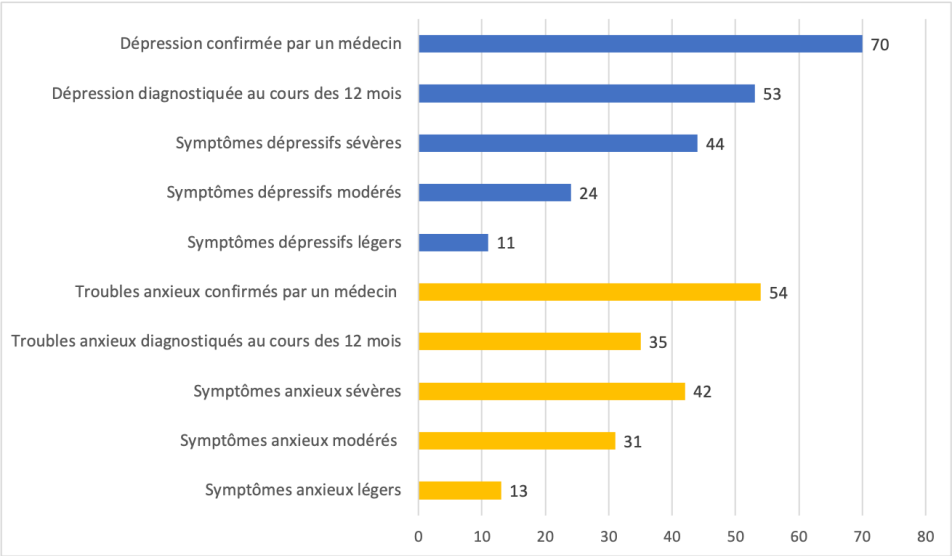


Profil sociodémographique des personnes touchées par les troubles anxieux



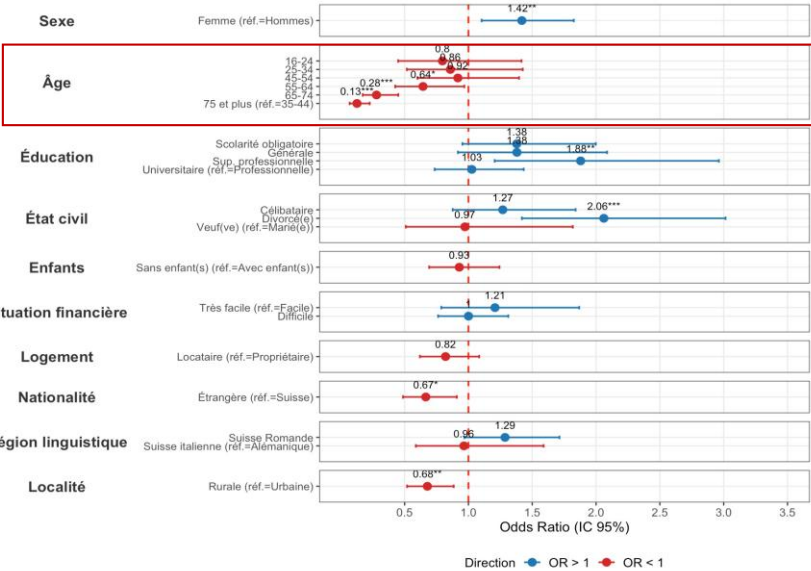
23

Recours au traitement des personnes touchées par des troubles psychologiques(%)



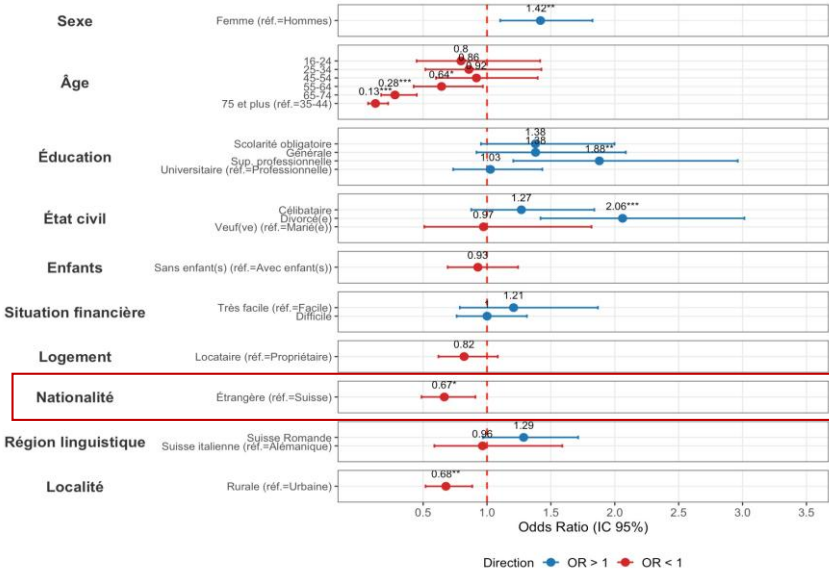
24

Profil des personnes en situation de non-recours au traitement en cas de dépression



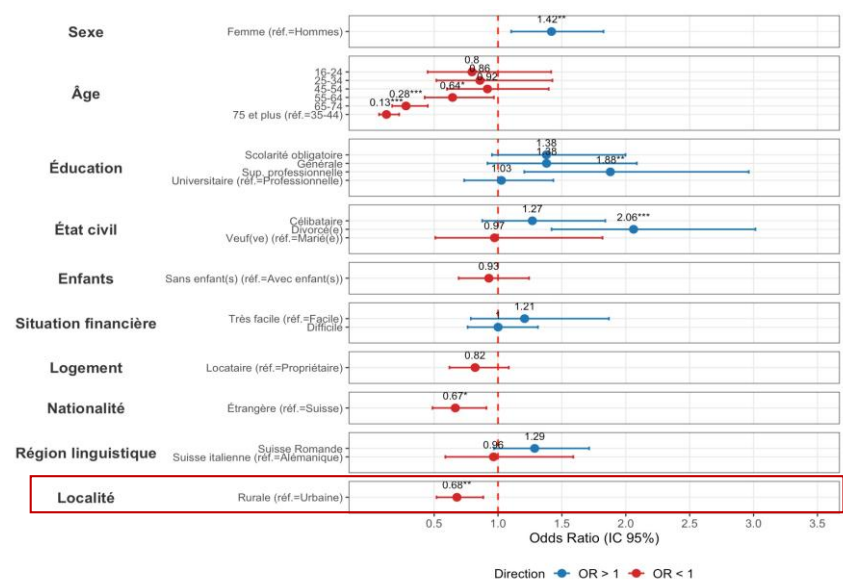
25

Profil des personnes en situation de non-recours au traitement en cas de dépression



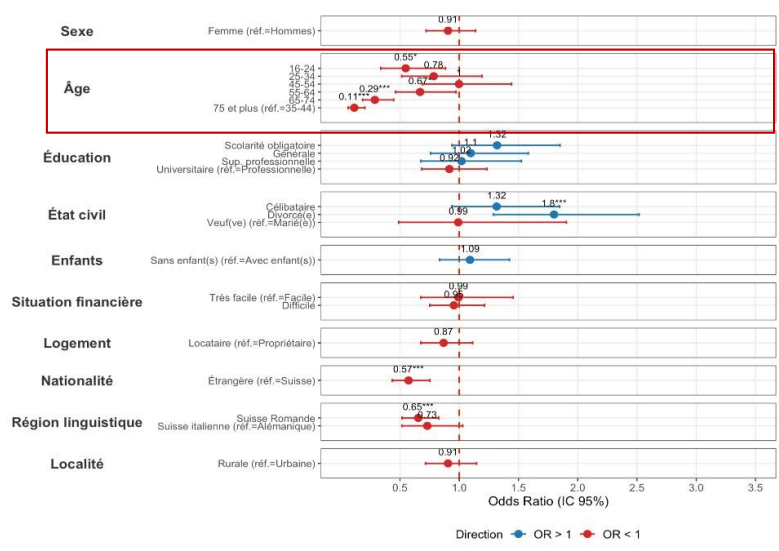
26

Profil des personnes en situation de non-recours au traitement en cas de dépression



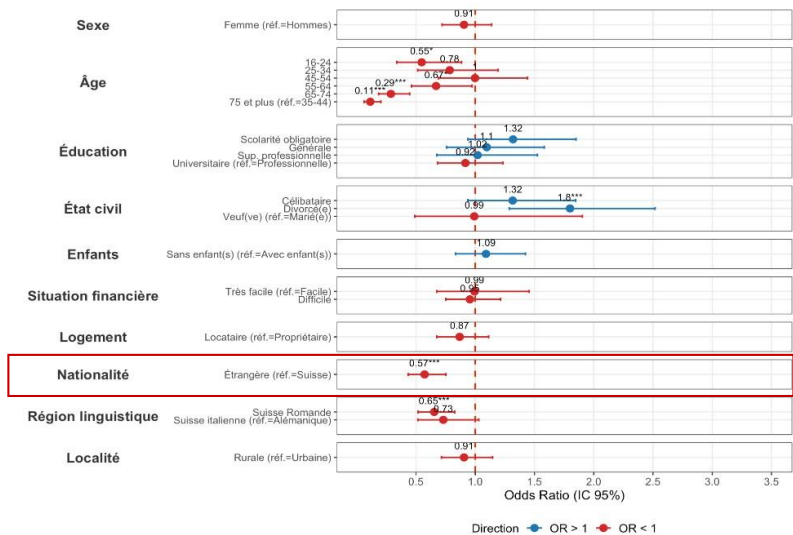
27

Profil des personnes en situation de non-recours au traitement en cas de troubles anxieux



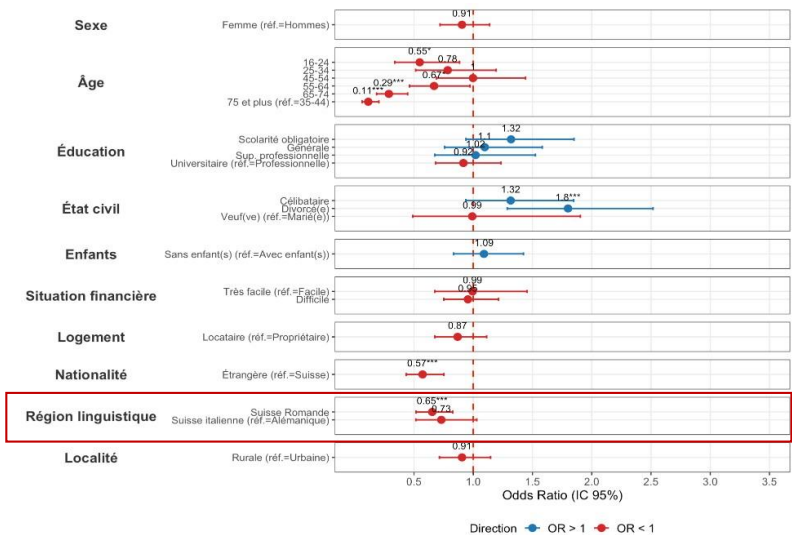
28

Profil des personnes en situation de non-recours au traitement en cas de troubles anxieux



29

Profil des personnes en situation de non-recours au traitement en cas de troubles anxieux



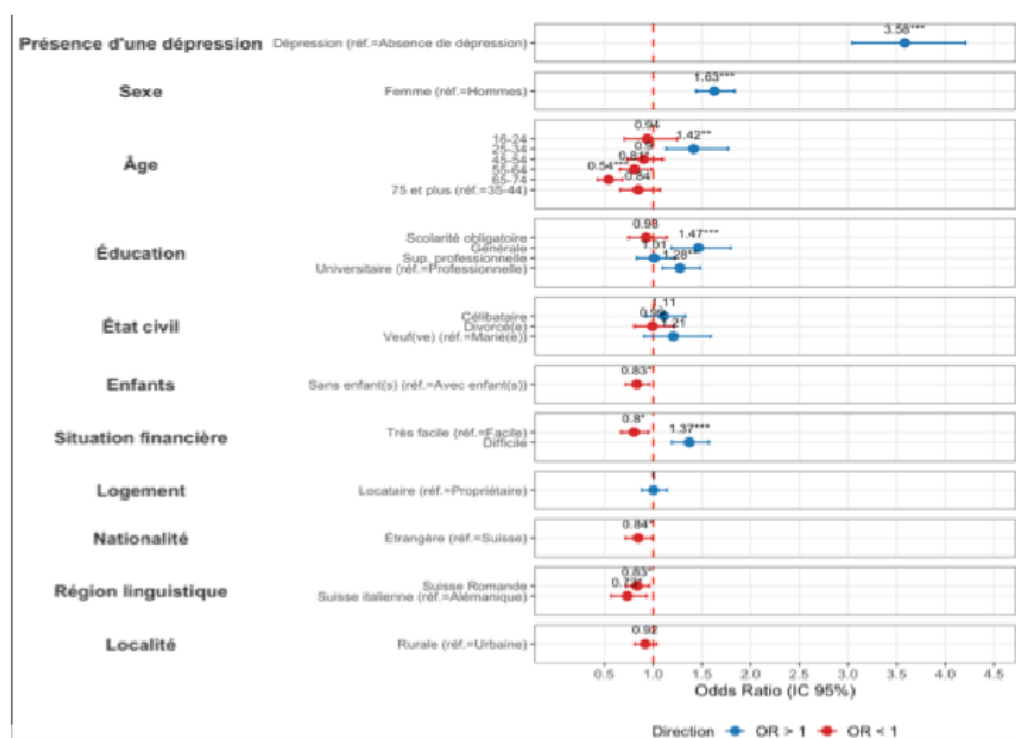
30

Facteurs associés au non-recours au traitement des troubles psychologiques

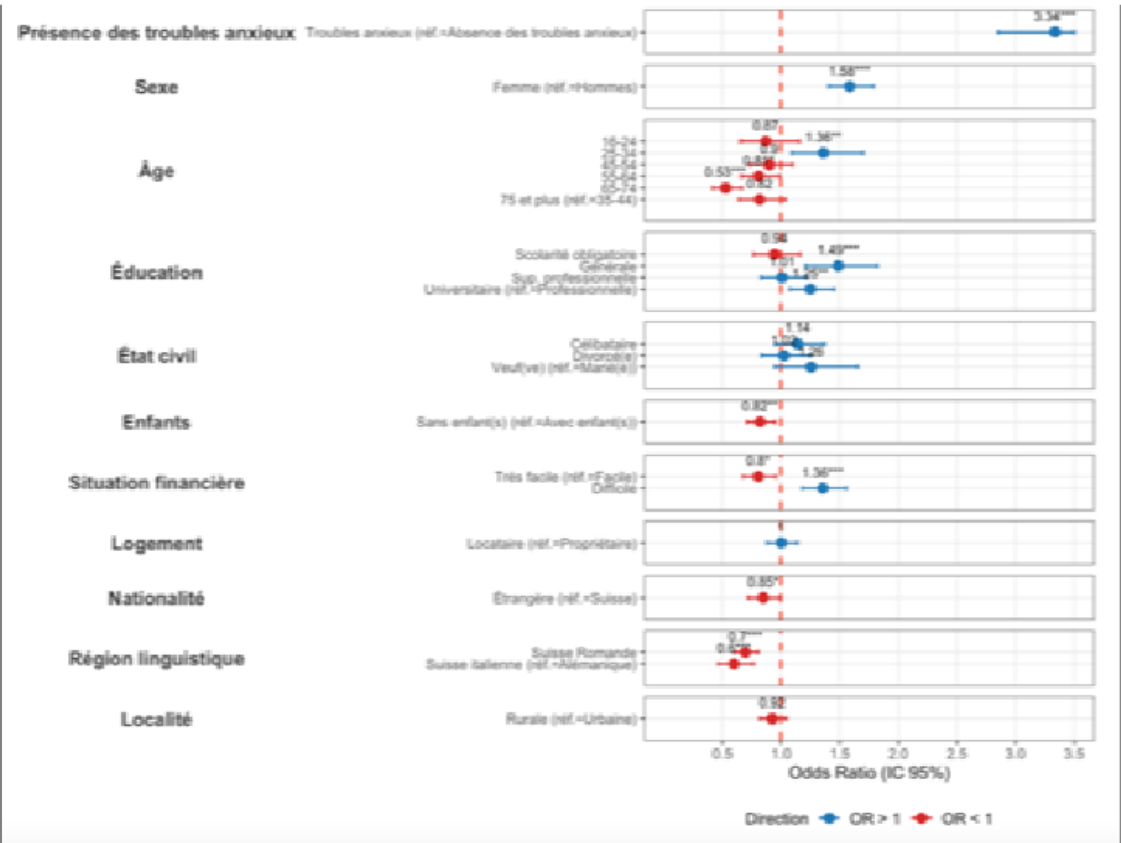
- **Âge** : jeunes (16–24 ans), 45–54 ans, 65–74 ans
- **Nationalité étrangère**
- **Résident·e·s en milieu rural**
- **Résident·e·s de Suisse romande**

31

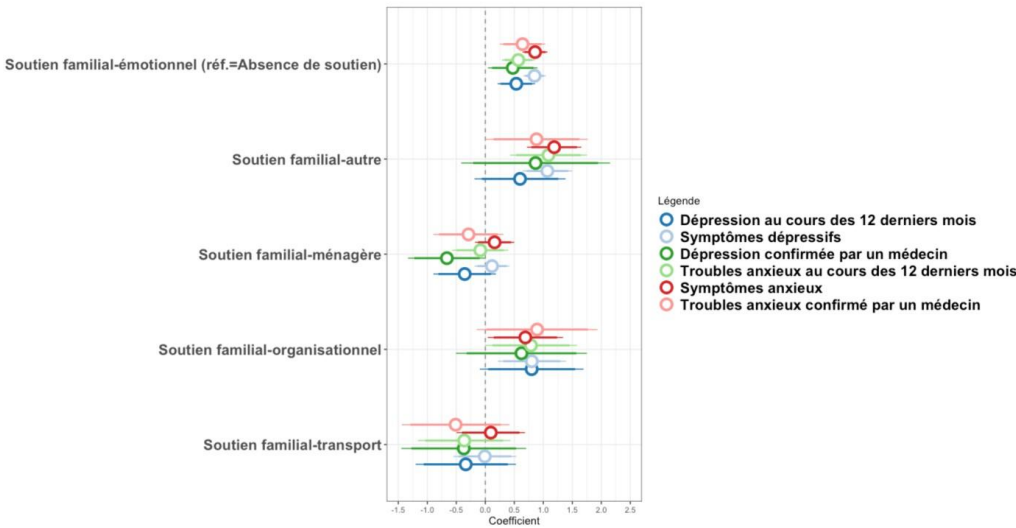
Soutien émotionnel familial selon la présence d'une dépression



Soutien émotionnel familial selon la présence de troubles anxieux



Recours au traitement en fonction du soutien familial



Annexe: mesures

- **Dépression**

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une des maladies ou un des problèmes de santé suivants ?

Dépression oui : 1271 (7%), non : 17836 (93%), mean=0.07, sd=0.25, min=0, max=1.

- **Dépression confirmée par un médecin**

Cette dépression a-t-elle été diagnostiquée par un médecin ou quelqu'un travaillant dans le domaine médical ?

Dépression confirmée Oui : 906 (72%), non : 357 (28%), mean=0.72, sd=0.45, min=0, max=1.

- **Symptômes dépressifs (score)** Le score des symptômes dépressifs a été construit à partir des variables suivantes :

- Peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses (2 dernières semaines)
- Etre triste, déprimé ou désespéré (2 dernières semaines)
- Difficulté à s'endormir ou à rester endormi (2 dernières semaines)
- Se sentir fatigué ou manquer d'énergie (2 dernières semaines)
- Avoir peu d'appétit, ou manger trop (2 dernières semaines)
- Avoir une mauvaise opinion de soi-même (2 dernières semaines)
- Avoir du mal à se concentrer (2 dernières semaines)
- Bouger ou parler très lentement / être très agité (2 dernières semaines)
- Penser à mourir (2 dernières semaines)

Mean= 3.87, sd= 3.93, min=0, max= 27

35

Annexe: mesures

- **Troubles anxieux**

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une des maladies ou un des problèmes de santé suivants ?

Troubles anxieux : oui : 1681 (9%), non : 17413 (91%), mean=0.09, sd=0.28, min=0, max=1

Troubles anxieux confirmés par un médecin

Ces troubles anxieux ont-ils été diagnostiqués par un médecin ou quelqu'un travaillant dans le domaine médical?

Troubles anxieux confirmés oui : 952 (57%), non : 720 (43%), mean = 0.57, sd=0.39, min=0, max=1

- **Symptômes des troubles anxieux généralisés (score)** Le score des troubles anxieux a été construit à partir des variables suivantes:

- Sentiment de nervosité, anxiété (2 dernières semaines)
- Incapacité à arrêter de s'inquiéter (2 dernières semaines)
- Inquiétude excessive à propos de diverses choses (2 dernières semaines)
- Difficultés à se détendre (2 dernières semaines)
- Agitation telle que difficultés à tenir en place (2 dernières semaines)
- Tendance à être facilement contrarié, irritable (2 dernières semaines)
- Sentiment de peur, que quelque chose de terrible arrive (2 dernières semaines)

Mean=3.01, sd=3.44, min=0, max=21

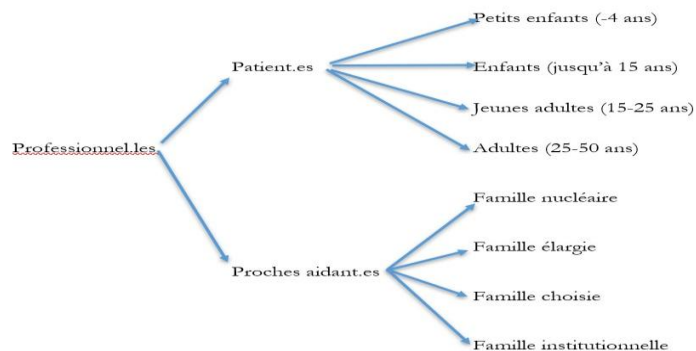
36

Données et méthodes

Deux groupes de parole (focus groupes) réunissant des professionnel·le·s

Composition des focus groupes : 5 à 6 participant.es par groupe

Caractéristiques des participant.es : Personnes travaillant dans des associations ou institutions dans le domaine de la santé mentale et s'occupant de différentes catégories d'âge (enfance à l'âge adulte (jusqu'à 50 ans))



37

Données et méthodes

Les données ont été traitées avec Atlas.ti

Thèmes principaux après codage :

- L'articulation entre le soutien familial et le soutien institutionnel;
- Les besoins des usagers/ères;
- L'importance des liens sociaux et familiaux;
- La prise en charge familiale et individuelle;
- Les pistes d'amélioration du rapport entre soutien familial et institutionnel

38

Plan de la présentation

Axe 1 : Santé mentale et recours aux soins selon le profil socio-démographique

Axe 2 : Liens familiaux comme facteurs favorisant ou péjorant le bien-être

Axe 3 : Articulation entre liens familiaux et recours aux soins institutionnels

Axe 4 : Réflexions des professionnel.les sur le réseau de soins et tensions

39

Axe I : Santé mentale et recours aux soins selon le profil socio-démographique

Profil des individus concernés par la santé mentale

Toutes les catégories sociales sont concernées

« En tout cas, pour nous, que ce soit une classe très sociale ou haute bourgeoisie, ça touche tout le monde. Peu importe la commune, on s'était amusé à cartographier d'où venaient les gens, juste par curiosité pour montrer à l'Etat que ce n'est pas juste tel endroit où il y a des soucis, mais que ça concerne tout le monde. Il y a une grande diversité là-dessus. »

Fréquence d'apparition des troubles psychologiques selon le milieu social

40

Axe I : Santé mentale et recours aux soins selon le profil socio-démographique

Genre des individus concernés par la santé mentale (personne suivie ou proche aidant)

Pas d'influence du genre sur l'apparition des troubles psychologiques, selon les professionnel.les

« Je m' imagine qu'il y a une parité pour ça. Je ne pourrais pas vous le dire exactement, mais c'est plutôt une parité. »

Forte influence du genre sur les demandes de suivi pour les proches

« On est très frappés de voir que c'est les mamans. C'est avant tout les mamans. Les couples viennent parfois, mais c'est très rare. Les papas sont souvent absents, démissionnaires et donc, on remarque que le fardeau principal revient aux mamans. »

41

Axe II: Liens familiaux comme facteurs favorisant ou péjorant le bien-être

Liens familiaux et extra-familiaux : un enjeu central de la prise en charge

« Ce que je constate dans l'association, c'est que ça fait corps, c'est-à-dire qu'on a que des personnes, qui sont dans un état de souffrance psychique et être ensemble, c'est bon pour chacun. C'est-à-dire qu'en fait, il y a ce besoin de liens et de se reconnaître parmi. C'est au fondement de notre accueil et de notre accompagnement et ça fonctionne bien. Donc, c'est essentiel.»

Absence de distinction entre les liens familiaux et les liens extra-familiaux

« On ne fait pas la distinction entre proches et proche famille et proches amis, parce que, typiquement, dans l'une des premières choses qu'on fait en présentant le cadre de l'environnement de l'accompagnement, on a une convention où on va demander à la personne : "C'est qui la personne de référence en cas de difficulté ?". »

42

Axe II: Liens familiaux comme facteurs favorisant ou péjorant le bien-être

Facteurs de vulnérabilisation

Anxiété des familles

« Je n'ai jamais entendu parler de famille qui disaient ; « Ah, non, ça se passe bien, c'était un bon dimanche ! » En tout cas, moi, pour les jeunes qui vivent chez leurs parents, le support principal, c'est les parents. C'est eux qui..., qui soutiennent et, entre guillemets, qui subissent le plus les troubles psychiques, parce que c'est de l'ordre du quotidien. »

43

Axe II: Liens familiaux comme facteurs favorisant ou péjorant le bien-être

Facteurs de vulnérabilisation

Isolement familial

« Souvent aussi, l'isolement fait que la famille, il n'y a plus rien, parce qu'il y a une incompréhension avec la maladie, il y a un ras-le-bol, il y a aussi la culpabilité ou autres. Souvent la famille est peut-être existante, mais il n'y a plus aucun lien pour ces raisons-là. Et ça, on le voit aussi. À ce niveau-là, la famille n'est pas forcément un soutien, mais plutôt aussi une peine supplémentaire, si je peux dire, parce que c'est aussi une souffrance que la personne vit au quotidien. Et c'est quelque chose, cette culpabilité aussi. On a de la famille, mais on n'est plus en lien. »

Difficultés du maintien du lien conjugal

Isolement relationnel

« Il y a un grand isolement des jeunes, qui ont des troubles psychiques graves. Au fil des années, je dirais que leur réseau d'amitié se rétrécit ou disparaît, parce qu'ils sont trop particuliers pour pouvoir conserver des amis sur le long terme. »

44

Axe II: Liens familiaux comme facteurs favorisant ou péjorant le bien-être

Ambivalence des liens familiaux

« Pour moi, ce n'est pas tout à fait si blanc ou noir. De manière globale, je m'imagine qu'une famille ou des proches soutiennent le patient, c'est plutôt positif, mais tout dépend de la nature du soutien. L'absence est souvent très délétère, mais ça dépend de la nature du soutien. Si le soutien— après ce sera à définir —, mais s'il est adapté avec la juste position, c'est très bien, mais on peut aussi voir des proches très anxieux et toute cette anxiété va être teintée dans toute la systémie, enfin dans tout le système et entre autres dans le système de soins »

45

Axe III: Articulation entre liens familiaux et recours aux soins institutionnels

Prise en charge familiale

Jeunes enfants et enfants (0 à 18 ans)

Prise en charge mixte

Jeunes adultes (18 à 25 ans)

Prise en charge individuelle

Adultes (25 ans et plus)

46

Axe III: Articulation entre liens familiaux et recours aux soins institutionnels

Impact positif de la famille dans la prise en charge

« Il y a une meilleure adhésion au suivi, il y a plus de sens, ça va plus vite. Au lieu que ça dure 4-5 ans, ça va peut-être être réduit à 2 ans, parce qu'il y a un soutien, parce qu'il y a des parents qui sont derrière pour mettre au quotidien un peu de sens à ce suivi. »

Impact négatif de la famille dans la prise en charge

« Nous, on va même jusqu'à dire qu'il y a 40% de parents toxiques et 60% qui sont structurés suffisamment. Ça va jusque-là dans nos discussions de tout ce qu'on peut échanger, apprendre, lire, etc. C'est difficile, mais ces parents toxiques, il faut pouvoir les aider surtout, parce qu'ils ont des fragilités eux-mêmes. »

47

Axe III: Articulation entre liens familiaux et recours aux soins institutionnels

Collaboration et complémentarité

« On travaille toujours avec les parents. Ils sont vraiment au centre de notre intervention. Ces enjeux du lien, ils sont centraux dans notre intervention et du coup les parents, on a vraiment une position où les parents sont les experts de leur enfant. On les accompagne à partir de leurs demandes et de là où ils en sont. »

« On est là pour soutenir le développement des compétences des personnes concernées et orienter dans le réseau. Mais vraiment des ponts soutenant ponctuels, parce qu'on veut vraiment éviter cette co-dépendance là, qu'il peut y avoir. On ne veut pas être un dispositif qui soit ad vitam aeternam. C'est vraiment sur un temps précis. »

48

Axe III: Articulation entre liens familiaux et recours aux soins institutionnels

Substitution

« Sur la notion de substitution, je dirais que chez nous, en tout cas, ils ont un autre endroit à partir duquel ils peuvent observer leurs différentes relations, dont les relations familiales. En fait, ils ont chez nous un endroit sécurisé, et à partir de cet endroit-là, ils peuvent essayer de retisser des liens ou de réécrire leur histoire familiale dans un espace de sécurité. Après vraiment, je pense qu'on n'a pas de très jeunes, on a des personnes qui ont... la moyenne d'âge se situe à 40-50 ans, donc on n'a pas du tout le même rapport à la famille ou aux besoins familiaux. Chez nous, il y aurait quelque chose comme un nouveau point de départ d'où observer un potentiel lien familial. »

49

Axe III: Articulation entre liens familiaux et recours aux soins institutionnels

Non-collaboration et tensions

« On n'inclut pas les familles dans notre accueil et c'est une question du moment avec l'équipe. Il y a une fonction d'émancipation de notre association et on observe que les rares fois ou les rares cas, où on a inclus la famille dans l'accueil, ça va créer de l'instabilité et des décompensations, enfin il y a des choses assez violentes. Donc on n'inclut pas et on protège, c'est-à-dire qu'en fait on se substitue clairement à la famille dans l'association. »

« La relation entre les familles et le réseau de psychiatrie, c'est très, très compliqué. Il y a beaucoup de colère, il y a beaucoup d'incompréhension. La communication est très difficile. »

50

Axe IV: Réflexions des professionnel·les sur le réseau de soins et propositions d'amélioration

Donner plus de place aux préoccupations des familles

« Je pense que les services psychiatriques doivent laisser une place au soutien et à l'écoute et à l'accueil, qui va obligatoirement apaiser l'anxiété des familles, même si on ne va pas donner de solutions, mais rien que de prendre les devants, d'anticiper et d'aller au-devant des familles pour les écouter, leur expliquer comment ça fonctionne, je m'imagine que ça apaise les choses. Le lien à la base, n'est peut-être pas plus sain, mais en tout cas, avec une meilleure écoute. »

Informier davantage sur les pratiques institutionnelles

Augmenter le niveau général de connaissance de la population sur la santé mentale

Augmenter les places dans les structures

51

Axe IV: Réflexions sur le réseau de soins et propositions d'amélioration

Importance de la collaboration inter-institutions

Evolution rapide du réseau de soins

« Un peu de transparence dans le réseau, parce que le réseau est tout le temps en mouvance et ... c'est limite un gros mot, mais pour moi, c'est des fois un bordel, parce que vers quelle association dois-je aller ? Ah bah, ça a changé, il y a 3 mois. C'était ça en tout cas pour les jeunes. Alors, c'est très bien, parce qu'elle est en mouvance, mais par moments, je n'ai plus de repères. »

52

Conclusion

Absence des déterminants sociaux de la santé dans le discours des professionnel.les

Pas de prise en compte de l'impact du genre (femmes)

Relative méfiance des professionnel.les vis-à-vis du soutien familial

53

Bibliographie

- Butzlaff Ronald L., Hooley Jill M. (1998), Expressed emotion and psychiatric relapse: a meta-analysis, *Archives of General Psychiatry*, 55(6), pp. 547-552.
- Connidis Ingrid Arnet, McMullin Julie Ann (2002), Sociological Ambivalence and Family Ties: A Critical Perspective, *Journal of Marriage and Family*, 64(3), pp. 558-567.
- Cullati Stéphane, Kliegel Matthias, Widmer Eric (2018), Development of reserves over the life course and onset of vulnerability in later life, *Nature Human Behaviour*, 2, pp. 551-558.
- Duhig Michael, McGrath John J., Killackey Eóin (2017), Efficacy of family interventions for schizophrenia: a critical review, *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 51(4), pp. 271-289.
- Merton Robert K. (1957), The Role-Set: Problems in Sociological Theory, *The British Journal of Sociology*, 8(2), pp. 106-120.
- Pearlin Leonard I. (1989), The Sociological Study of Stress, *Journal of Health and Social Behavior*, 30(3), pp. 241-256.
- Spini Dario, Bernardi Laura, Oris Michel (2017), Toward a Life Course Framework for Studying Vulnerability, *Research in Human Development*, 14(1), pp. 5-25.
- Tettamanti Manuel, Widmer Eric (2020), Devenir parents : une situation de double bind social ?, *Psychothérapies*, 40(4), pp. 237-245.

54

IV. Deux articles reprenant quelques thématiques de la présentation « Collaborer avec les familles face aux troubles psychiques lors de la transition à l'âge adulte : enjeux et pratiques »

Manuel Tettamanti, Université de Lausanne

Le résumé et le Powerpoint de la présentation n'étant pas disponibles, deux articles reprenant les thématiques présentées par Manuel Tettamanti figurent ci-dessous.

1^{er} article

Impact des déterminants sociaux sur les troubles psychiques des adolescents et jeunes adultes

Dr MANUEL TETTAMANTI^a, Dre CAMILLE PIGUET^a, Pr GRÉGOIRE ZIMMERMANN^b et Dr LOGOS CURTIS^a

Rev Med Suisse 2024; 20: 1650-3 | DOI : 10.53738/REVMED.2024.20.887.1650

L'impact des déterminants sociaux sur les troubles psychiques des adolescents et des jeunes adultes a été amplifié par la pandémie de Covid-19 et ses conséquences économiques et sociales. Afin de sensibiliser les cliniciens à leurs effets dans la pratique, cet article présente deux domaines particulièrement étudiés: les effets des désavantages socioéconomiques sur l'émergence des troubles psychotiques et ceux du genre sur la dépression. Dans la pratique clinique, il est crucial de prendre en compte ces facteurs de stress sociaux, auxquels les jeunes sont confrontés de manière inégale, car ils contribuent à l'émergence ou à la rechute de leurs troubles psychiques. Deux illustrations de l'impact potentiel des déterminants sociaux sur la santé mentale des adolescents et des jeunes adultes sont proposées, ainsi que des pistes d'interventions pour les praticiens.

Impact of social determinants on mental disorders in adolescents and young adults

The impact of social determinants on mental disorders of adolescents and young adults has been amplified by the Covid-19 pandemic and its consequences. To raise clinicians' awareness of these effects in practice, this article examines two particularly well-studied areas: the effects of socioeconomic disadvantages on emerging psychotic disorders and the impact of gender on depression. In clinical practice it is crucial to consider social stress factors, confronting young people in an unequal manner, as they contribute to the emergence

or relapse of mental disorders. Two illustrations of the potential impacts of social determinants on the mental health of adolescents and young adults are presented, as well as intervention strategies for practitioners.

INTRODUCTION

Depuis une vingtaine d'années, les déterminants sociaux de la santé mentale font l'objet d'un intérêt croissant. Cela s'est notamment traduit par la publication de rapports par l'OMS¹ soulignant la manière dont les troubles psychiques sont en partie déterminés par les inégalités sociales. En effet, il est établi que le risque de développer un trouble mental est plus important pour les personnes les plus socialement désavan-

tagées.¹ Dans cet article, l'importance de tenir compte des déterminants sociaux afin de mieux comprendre les enjeux de santé mentale lors de la transition à l'âge adulte est abordée. À cet effet, deux domaines parmi les plus étudiés dans la littérature scientifique sont examinés: l'effet des désavantages socioéconomiques sur l'émergence des troubles psychotiques et l'influence du genre sur la dépression. Des pistes cliniques prenant en compte ces effets sont également proposées.

DES TROUBLES PSYCHIKES EN HAUSSE CHEZ LES ADOLESCENTS ET JEUNES ADULTES

La période de 15 à 25 ans, qui recouvre une partie de l'adolescence et de la transition à l'âge adulte (âge adulte en émergence), représente une période de vie « critique » où émergent la plupart des troubles psychiques.² Au cours des trente dernières années, la situation s'est aggravée en Europe, pour une partie des individus de cette tranche d'âge, avec une hausse des troubles psychiques, en particulier anxieux et dépressifs.³ Cette augmentation a été plus forte chez les filles, les adolescents les plus âgés et/ou les individus les plus vulnérables (c'est-à-dire, socialement ou économiquement marginalisés).⁴ Malheureusement, la pandémie de Covid-19 et ses conséquences sociales et économiques ont conduit à une accélération de cette hausse⁵ ainsi qu'à une accentuation des effets des déterminants sociaux affectant déjà la vie des jeunes avec des troubles psychiques sévères.⁵ Au-delà des effets spécifiques de la pandémie, les jeunes se voient confrontés, durant cette période critique de transition, à un avenir incertain et à un cumul de crises (par exemple, dérèglement climatique, crises économiques et énergétiques, conflits mondiaux) qui augmentent leur exposition à des déterminants sociaux négatifs et à des facteurs de stress pouvant impacter leur santé mentale.⁶

IMPACT DES DÉTERMINANTS SOCIAUX SUR LA SANTÉ MENTALE DES ADOLESCENTS ET JEUNES ADULTES

L'impact des déterminants sociaux sur les troubles psychiques des adolescents et des jeunes adultes a fait l'objet de très nombreuses études^{1,7} (tableau 1). Afin d'illustrer l'importance de leur meilleure prise en compte par les cliniciens, deux des domaines parmi les plus étudiés que sont les effets des désavantages socioéconomiques sur l'émergence des troubles psychotiques et du genre sur la dépression sont présentés.

^aUnité de psychiatrie du jeune adulte, Département de psychiatrie, Hôpitaux universitaires de Genève, Rue du Grand-Pré 70A, 1202 Genève. ^bCentre de recherche sur la famille et le développement, Institut de psychologie, Université de Lausanne, Géopolis, 1015 Lausanne
manuel.tettamanti@hug.ch | camillemarie.pigu@hug.ch
gregoire.zimmermann@unil.ch | logos.curtis@hug.ch

TABLEAU 1		Résumé des principaux déterminants sociaux de la santé mentale des adolescents et jeunes adultes
	De la naissance à l'âge adulte	Spécifiques pour les adolescents et jeunes adultes
Niveau micro-systémique (individuel et du foyer familial)	• Maltraitance et négligences • Dysfonction dans le foyer • Difficultés économiques • Santé mentale des parents • Racisme • Discriminations structurelles	• Discrimination basée sur le genre et le sexe • Solitude et isolement • Rupture scolaire prématurée • Faible niveau d'éducation • «Bullying» et victimisation • Chômage
Niveau macro-systémique (environnement plus large)	• Désavantages socioéconomiques • Capital social bas • Fragmentation sociale et densité ethnique • Isolement • Environnement physique (qualité du logement, densité et type, aménagement urbain) • Pollution • Changement climatique • Migration • Taux de crimes dans le quartier	

(Adapté de réf.⁶).

Désavantages socioéconomiques et émergence des troubles psychotiques

Le désavantage socioéconomique est l'un des déterminants les plus fondamentaux des problèmes de santé mentale au cours de la vie.^{1,6,7} Par exemple, dans une revue systématique de la littérature chez les enfants et les adolescents, Reiss⁷ mettait en évidence une relation inverse entre la santé mentale et le niveau socioéconomique indiquant notamment que les adolescents issus de milieux socioéconomiques défavorisés présentaient un risque 2 à 3 fois supérieurs de rencontrer des difficultés psychiques par rapport à leurs homologues issus de milieux plus favorisés. Le niveau de

risque était associé à la durée et à l'intensité de l'exposition à ces conditions de vie défavorables.⁷

Parmi tous les troubles psychiques étudiés, l'effet des désavantages socioéconomiques sur l'émergence des troubles psychotiques lors de la transition à l'âge adulte a fait l'objet d'une attention particulière.^{1,6,7} L'impact de ces désavantages sur les jeunes pouvant se faire via de multiples systèmes d'appartenances du jeune, tels que la famille (revenu) ou le quartier (niveau de déprivation).^{1,6,7} À titre d'exemple, citons l'importante étude longitudinale Environmental Risk (E-Risk) dans laquelle les auteurs ont suivi le développement d'une cohorte de naissance représentative au niveau national de plus de 2 200 enfants jumeaux nés en 1994-1995 en Grande-Bretagne.^{8,9} Les résultats de cette étude indiquent entre autres que les enfants issus des quartiers défavorisés, caractérisés par une faible cohésion sociale et des niveaux de criminalité élevés, présentent un risque accru de symptômes psychotiques lors de la transition vers l'âge adulte.⁸ Ce risque persiste même après avoir contrôlé des facteurs de risque individuels, tels que le statut socioéconomique, et peut se cumuler avec d'autres facteurs de stress individuels (effet dose). De façon tout à fait intéressante, Newbury et coll.⁹ ont même montré que la perception subjective des jeunes concernant la déprivation de leur quartier suffisait à prédire le risque ultérieur de troubles psychotiques. Ce type de résultats indiquent qu'il est fondamental pour les soignants de considérer les facteurs de

risque associés au voisinage du jeune. Pour ce faire, l'exploration du vécu qu'a le jeune des désavantages de son quartier pourrait être un outil clinique utile pour une meilleure prise en compte de l'impact de certains déterminants sociaux.

Dépression à l'aune du genre

De très nombreuses études épidémiologiques indiquent que, dès l'adolescence, les femmes ont 2 fois plus de risques de développer une dépression que les hommes.¹⁰ Les déterminants sociaux jouent une nouvelle fois un rôle important dans la compréhension de ces différences. Dans sa revue de référence sur cette question, Kuehner¹⁰ explique en partie cette différence liée à l'exposition plus fréquente des adolescentes à des stress (par exemple, discrimination) et violences interpersonnelles (en particulier sexuelles). Elle souligne également que certaines études montrent que l'ampleur des différences de genre dans l'incidence de la dépression est moindre dans les pays européens qui adhèrent à des valeurs et à des pratiques les plus égalitaires en matière de genre.¹⁰ Il apparaît donc essentiel d'intégrer l'effet potentiel des déterminants sociaux dans l'analyse des différences de genre. Par exemple, en Suisse, une augmentation plus importante des hospitalisations des adolescentes par rapport aux garçons a été observée à la suite de la pandémie de Covid-19 et aux stress sociaux associés.¹¹ Le principal motif d'hospitalisation des filles étaient en lien avec des symptômes dépressifs, ce qui soulève la question de savoir si la pandémie et ses conséquences n'ont pas accru l'exposition de certaines adolescentes à des stress ou/et des violences interpersonnelles spécifiques. Cette question mérite d'être explorée pour mieux comprendre ce phénomène, d'autant plus que les adolescentes ont tendance à intérioriser les stress vécus sous une forme dépressive,¹⁰ ce qui pourrait masquer la réalité des stress subis.

PISTES CLINIQUES FACE À L'IMPACT DES DÉTERMINANTS SOCIAUX

Malgré nos connaissances sur l'importance des déterminants sociaux sur la santé mentale, leur intégration reste bien souvent minime ou même absente dans la clinique quotidienne. De nombreux cliniciens en appellent ainsi à une révision de nos pratiques.¹² Dans ce but, quelques pistes d'intervention pour une pratique clinique sensible à l'impact des déterminants sociaux sur la santé mentale des jeunes sont proposées.

(Ré)insertion professionnelle ou dans la formation et sortie de l'isolement

Le chômage ou l'insécurité de l'emploi sont des facteurs de risque importants pour les troubles psychiques.^{1,6} Ils sont des déterminants significatifs d'inégalités dans les troubles psychiques, car les risques de chômage et d'emploi de mauvaise qualité sont étroitement liés à la classe sociale.¹ En effet, l'émergence des troubles psychiques au moment de la transition à l'âge adulte peut empêcher de terminer une formation et/ou de réussir son entrée dans le monde du travail,⁶ mettant ainsi à mal le processus d'autonomisation central dans cette période de transition à l'âge adulte.⁵ Par conséquent, les programmes de soutien à l'emploi et à la formation pour les jeunes sont particulièrement importants pour réduire le

	FIG 1	Guide pour l'utilisation de la carte émotionnelle de la maison	
--	--------------	---	--

Carte émotionnelle de la maison élaborée par le Dr M. Tettamanti, psychologue, Département de psychiatrie, HUG.

Carte émotionnelle de la maison

1. Veuillez dessiner votre lieu de vie en représentant chaque pièce de manière schématique.
2. Indiquez sur votre schéma les émotions de base (c'est-à-dire, joie, tristesse, dégoût, peur, colère, surprise, mépris) associées à chaque pièce de votre lieu de vie.
3. Indiquez sur votre schéma l'évaluation plus globale qui est associée à chaque pièce de votre lieu de vie.
 - A. Veuillez identifier les :
 - Zones de sécurité
 - Zones d'isolement/ressourcement
 - Zones d'échanges/moments partagés
 - Zones de conflits
 - B. Vous pouvez préciser sur votre schéma les moments de la journée particulièrement associés à chacune de ces différentes zones.
4. Veuillez indiquer les changements survenus dans votre lieu de vie dans la période actuelle :
5. Veuillez indiquer les changements souhaités dans votre lieu de vie :
6. Vous pouvez maintenant comparer vos dessins avec ceux des autres personnes vivant avec vous.

(Inspirée des travaux de V. Sallay (2014)).

risque de troubles mentaux et d'isolement lors de cette transition.¹ Par exemple, des données indiquent que, dans les périodes de crises socioéconomiques, ces programmes ont des effets bénéfiques sur le bien-être et la santé mentale des jeunes.^{1,13} Dès lors, la mise en place d'un soutien à la réinsertion peut être vue comme une manière de tenir pleinement compte de l'impact des déterminants sociaux sur les adolescents et les jeunes adultes.⁶

Renforcer les résiliences familiales

Les désavantages socioéconomiques de la famille de l'adolescent ou du jeune adulte sont connus pour l'exposer à davantage de stress sociaux et émotionnels, notamment en période de crises socioéconomiques.¹⁴ Les familles peuvent ainsi être considérées comme des contextes de transmission des inégalités, exposant davantage certains adolescents et jeunes adultes à des facteurs pouvant affecter leur santé mentale.^{1,7} Par exemple, des données indiquent que les adolescents vivant dans des familles à faibles revenus ont subi des effets plus sévères du Covid-19 sur leur santé mentale.⁴ Ainsi, il est essentiel qu'une intervention adéquate évalue les facteurs de risques psychosociaux inégaux auxquelles les jeunes et leurs familles sont exposés, et qu'elle contribue au renforcement des résiliences familiales.¹⁵ Pour ce faire, le soutien aux familles passe habituellement par des interventions renforçant la cohésion familiale et apaisant les sources de tensions.^{5,15,16} Cela peut se réaliser par exemple, en contribuant

à diminuer les émotions négatives exprimées (critiques) au sein des familles; ce qui peut favoriser la mobilisation des ressources familiales. Cependant, une approche sensible à l'effet des déterminants sociaux devrait accorder une attention particulière à l'évaluation des possibilités d'adaptation à la situation, favorisées ou entravées par les difficultés d'accès aux ressources matérielles de résilience pour le jeune et sa famille.¹⁵ Une évaluation conjointe des ressources émotionnelles et matérielles peut, par exemple, être réalisée à l'aide d'une carte émotionnelle de la maison. Cet outil permet de comprendre l'impact des conditions de logement sur l'expression et la régulation des émotions dans la famille, ainsi que sur la manifestation des symptômes psychiques.¹⁶ La représentation des émotions par le jeune et les membres de sa famille pour chaque partie du logement, ainsi que l'identification des zones de sécurité, de ressourcement, d'échanges et de conflit (**figure 1**), sont particulièrement utiles dans cette démarche.

CONCLUSION

Les déterminants sociaux ont un impact fondamental sur la santé mentale des jeunes. Un gradient social existe et tous les jeunes ne sont pas exposés aux mêmes cumuls de facteurs de stress sociaux. Dès lors, il apparaît crucial de mieux prendre en compte les déterminants sociaux dans les évaluations cliniques et les réponses thérapeutiques proposées. Des pistes d'interventions sur les contextes sociaux sont possibles, par exemple dans un travail avec la famille, de soutien à la réinsertion ou dans l'adoption d'une approche pluridisciplinaire qui permette de répondre à plusieurs niveaux aux besoins des jeunes. Cependant, dans le contexte de crise actuelle, cette approche doit, selon nous, être envisagée conjointement avec un effort de santé publique pour intervenir sur ces déterminants sociaux défavorables à la santé mentale des jeunes et à leur bien-être.^{1,6}

Conflit d'intérêts: Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

ORCID ID

M. Tettamanti: <https://orcid.org/0000-0001-5463-3442>

C. Piguet: <https://orcid.org/0000-0003-4317-0918>

G. Zimmermann: <https://orcid.org/0000-0002-4460-520X>

L. Curtis: <https://orcid.org/0000-0003-1020-9425>

IMPLICATIONS PRATIQUES

- Les déterminants sociaux ont un impact significatif sur la santé mentale des jeunes, avec des inégalités marquées dans la «dose» d'exposition aux facteurs de stress sociaux.
- Tous les jeunes ne sont pas confrontés aux mêmes cumuls de ces facteurs.
- Ainsi, une intervention adéquate doit évaluer les facteurs de risques psychosociaux inégaux auxquels les jeunes et leurs familles sont exposés.
- Pour ce faire, il est crucial d'intégrer davantage les effets des systèmes d'appartenance significatifs pour les jeunes (par exemple, quartier, genre, famille, pairs, type d'insertion dans la formation ou un emploi) dans les pratiques cliniques.

- 1 World Health Organization. Social determinants of mental health. Genève: World Health Organization; 2014.
- 2 Solmi M, Radua J, Olivola M, et al. Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Mol Psychiatry*. 2022 Jan;27(1):281-95.
- 3 Castelpietra G, Knudsen AKS, Agardh EE, et al. The burden of mental disorders, substance use disorders and self-harm among young people in Europe, 1990-2019: Findings from the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Reg Health Eur*. 2022 Apr 1;16:100327.
- 4 Branje S. The impact of the COVID-19 pandemic on adolescent mental health across the world. *Curr Opin Psychol*. 2023 Oct;53:101665.
- 5 Tettamanti M, Devillé C, Kapp C, Armando M, Curtis L. [Impact of the Covid-19 pandemic on psychological disorders in adolescents and young adults]. *Rev Med Suisse*. 2021 Sep 22;17(751):1593-6.
- 6 **Kirkbride JB, Anglin DM, Colman I, et al. The social determinants of mental health and disorder: evidence, prevention and recommendations. *World Psychiatry*. 2024 Feb;23(1):58-90.
- 7 Reiss F. Socioeconomic inequalities and mental health problems in children and adolescents: a systematic review. *Soc Sci Med*. 2013 Aug;90:24-31.
- 8 Newbury J, Arseneault L, Caspi A, et al. Cumulative Effects of Neighborhood Social Adversity and Personal Crime Victimization on Adolescent Psychotic Experiences. *Schizophr Bull*. 2018 Feb 15;44(2):348-58.
- 9 *Newbury JB, Arseneault L, Caspi A, et al. In the eye of the beholder: Perceptions of neighborhood adversity and psychotic experiences in adolescence. *Dev Psychopathol*. 2017 Dec;29(5):1823-37.
- 10 *Kuehner C. Why is depression more common among women than among men? *Lancet Psychiatry*. 2017 Feb;4(2):146-58.
- 11 Office fédéral de la statistique (OFSP). Traitements pour troubles psychiques chez les jeunes en 2020 et 2021. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique; 2022.
- 12 *Stonington SD, Holmes SM, Hansen H, et al. Case Studies in Social Medicine – Attending to Structural Forces in Clinical Practice. *N Engl J Med*. 2018 Nov 15;379(20):1958-61.
- 13 Wahlbeck K, McDaid D. Actions to alleviate the mental health impact of the economic crisis. *World Psychiatry*. 2012 Oct;11(3):139.
- 14 Masarik AS, Conger RD. Stress and child development: a review of the Family Stress Model. *Curr Opin Psychol*. 2017 Feb;13:85-90.
- 15 Prime H, Walsh F, Masten AS. Building Family Resilience in the Wake of a Global Pandemic: Looking Back to Prepare for the Future. *Can Psychol*. 2023 Aug;64(3):200-11.
- 16 Tettamanti M, Darwiche J. Vulnérabilité familiale en période de confinement: quelles pistes de résilience? *LIVES Impact*. 2020;(2).

* à lire

** à lire absolument

Collaborer avec les familles des jeunes adultes lors d'un premier épisode psychotique : psychoéducation ou dialogue réflexif ?



Collaborating with families of young adults with first episode psychosis: Psychoeducation or reflexive dialogue?

Manuel Tettamanti^{a,*}, Séverine Bessero^b, Logos Curtis^c

^a Unité de psychiatrie du jeune adulte et consultation psychothérapeutique pour familles et couples, Service des spécialités psychiatriques, Département de psychiatrie, Hôpitaux universitaires de Genève et Université de Genève, Rue du Grand-Pré 70A, 1202 Genève, Suisse

^b Consultation psychothérapeutique pour familles et couples, Service des spécialités psychiatriques, Département de psychiatrie, Hôpitaux universitaires de Genève et Université de Genève, 1226 Thônex, Suisse

^c Unité de psychiatrie du jeune adulte, Service des spécialités psychiatriques, Département de psychiatrie, Hôpitaux universitaires de Genève et Université de Genève, Rue du Grand-Pré 70A, 1202 Genève, Suisse

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 12 janvier 2021

Accepté le 29 septembre 2021

Disponible sur Internet le 20 octobre 2021

Mots clés :

Famille

Intervention précoce

Jeune adulte

Premier épisode psychotique

Psychoéducation

Psychothérapie familiale

Psychothérapie familiale systémique

Keywords:

Family

Early intervention

Young adult

First episode psychosis

Psychoeducation

Family psychotherapy

Systemic family psychotherapy

R É S U M É

Les programmes d'intervention précoce auprès de jeunes adultes avec un premier épisode psychotique valorisent et promeuvent la collaboration avec les familles. La mise en pratique des interventions à l'attention des familles reste cependant complexe et des écarts existent entre volonté affichée et pratiques effectives. Le but de cet article est de présenter deux formes d'intervention répandues qui se distinguent cependant par la manière de mettre en œuvre cette collaboration. L'approche psychoéducative est l'approche la plus répandue dans ce genre de programmes et elle est largement développée dans le monde anglo-saxon. Parallèlement, on trouve des approches adoptant une position plus réflexive (i.e. appelée « Open Dialogue ») qui se sont développées avec succès en particulier dans la psychiatrie finlandaise. Notre article se propose de présenter ces deux types d'approches en soulignant leurs similitudes et leurs différences.

© 2021 L'Auteur(s). Publié par Elsevier Masson SAS. Cet article est publié en Open Access sous licence CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

A B S T R A C T

Early intervention programs for young adults with a first psychotic episode value and promote collaboration with families. This collaboration is justified in particular by the influence of family tensions on relapse and the importance of redefining ties at this stage of life. However, the implementation of interventions for families remains complex and there are often differences between displayed will and effective practices. Early intervention programs around the world often favor a psychoeducational approach with families. However, an alternative practice with young adults developed in Finnish psychiatry under the name of "open dialogue" involves a discussion about the process of care during family sessions with the aim of improving it. The purpose of this article is to present these two common forms of intervention that differ in how collaboration is implemented. On one hand, we present a psychoeducational approach that is widely developed in the Anglo-Saxon world. In order to illustrate the actual implementation of this practice we present the behavioural family therapy approach of Ian Falloon, a New Zealand psychiatrist and psychotherapist. This approach is based on a neurodevelopmental model of psychotic disorders and has the overall aim of transforming strong destructive expressed emotions into more nuanced and supportive ones. It also aims to teach family members some basic care skills and rehabilitation strategies. On the other hand, we present approaches adopting a more reflexive position (i.e. "Open Dialogue") that have been successfully developed in Finnish psychiatry in

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : Manuel.Tettamanti@hcuge.ch (M. Tettamanti).

<https://doi.org/10.1016/j.amp.2021.09.020>

0003-4487/© 2021 L'Auteur(s). Publié par Elsevier Masson SAS. Cet article est publié en Open Access sous licence CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

particular by Jakko Seikkula, a psychologist and psychotherapist. Concretely, it is a networking practice which brings together the necessary conditions for a dialogue to take place between the different partners. Thus, with the term “open dialogue”, these authors are following a practice of “treatment adapted to needs” which aims to rely as much as possible on the resources of the patient and his network. This practice of “open dialogue” is characterised by three central principles named (1) tolerance of uncertainty, (2) dialogism and (3) polyphony of the social network. Our article discusses these approaches, underlining both their differences and their similarities. *Among their differences* we note in particular the representation of psychotic disorders as the manifestations of a neurodevelopmental disease to be central in psychoeducational approach; in contrast in open dialogue the diagnosis is not considered as a prerequisite for the prescription of the most suitable drug treatment and for complementary psychosocial interventions. *Among their similarities*, we note, that both approaches show a centrality of an intervention on young adult autonomisation, the importance of constructing a good alliance with families, an interest in changing the way they communicate.

© 2021 The Author(s). Published by Elsevier Masson SAS. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

1. Introduction

Dans les sociétés occidentales, la période de profond changement allant de 18 à 25 ans fait l'objet d'un intérêt particulier et peut être qualifiée de phase d'émergence de l'âge adulte¹ [3]. Il s'agit d'une phase de vie durant laquelle, pour le jeune, la construction de l'autonomie et celle des liens dans ses différentes relations, en particulier familiales, sont intimement liées [3]. Durant cette phase de vie, certains troubles psychiques peuvent également débuter, notamment les premiers épisodes psychotiques [18].

Dans le champ des soins, certains auteurs ont souligné l'importance de s'intéresser à cette étape de transition à l'âge adulte qui implique une redéfinition de nombreuses dimensions relationnelles et identitaires [15,23]. Dès les années quatre-vingt, Jay Haley [15] appelle cette phase de transition critique « *Leaving Home* ». À l'instar de l'idée d'émergence de l'âge adulte, par ce terme, il fait référence à un moment de redéfinition de la nature des liens familiaux et de prise d'autonomie.

Dans les années quatre-vingt-dix, on observe un renouveau des programmes d'intervention visant à éviter une évolution vers un trouble chronique chez les jeunes adultes après un premier épisode psychotique [23]. Les praticiens et les chercheurs qui se sont ainsi intéressés aux soins prodigués aux jeunes adultes soulignent l'importance d'une collaboration avec la famille [23]. Les premiers épisodes psychotiques ont été plus globalement associés à l'idée d'une crise du réseau social des personnes significatives pour le jeune adulte [23]. Ainsi, l'importance de considérer le jeune adulte et sa famille comme des « partenaires » est actuellement soutenue dans les recommandations professionnelles [16,23]. La collaboration est particulièrement utile avec une population de jeunes adultes présentant un trouble psychique débutant. Ceux-ci vivent encore généralement au sein du foyer familial et la demande de soins se fait souvent à l'initiative de la famille qui est fréquemment la première à constater l'apparition des symptômes [27]. Les tensions familiales ont été identifiées comme facteur de rechutes et défavorables au rétablissement des adultes ayant connu un épisode psychotique [5]. Il a notamment été démontré qu'une communication familiale marquée par de fortes émotions exprimées négatives (i.e. commentaires critiques, hostilité et surimposition) est un facteur important de rechutes [5]. Une

intervention ciblée sur les interactions familiales chargées d'émotions exprimées négatives est ainsi considérée comme une intervention clé [11,13,16]. L'intégration des familles et la prise en compte de leur vécu et de leurs représentations du trouble apparaissent donc comme particulièrement importantes dans les programmes d'intervention précoce qui s'adressent à des adultes ayant présenté des premiers épisodes psychotiques [10,11,16,23,31]. Toutefois, malgré des connaissances bien établies sur l'efficacité et l'importance des interventions familiales, un écart persiste entre la volonté affichée et les pratiques effectives [28].

Dans les pays anglo-saxons, la forme d'intervention familiale privilégiée depuis les années quatre-vingt-dix auprès des premiers épisodes psychotiques est l'*approche psychoéducative* [7,24]. Celle-ci est souvent appliquée sous forme de groupes multifamiliaux provenant de différentes traditions² en termes de position adoptée par les soignants envers les membres de la famille [7,24]. Une approche moins connue, mais soutenue par des recherches [19,31] et largement développée dans la psychiatrie finlandaise est appelée « dialogue ouvert ». Dans ce texte, nous comparerons deux approches représentatives de chacune des façons de collaborer avec les familles des jeunes adultes lors d'un premier épisode psychotique; la *psychoéducation familiale* (ou thérapie familiale comportementale) de Ian Falloon, psychiatre et psychothérapeute néo-zélandais, et l'*approche familiale dite réflexive* (ou de « dialogue ouvert ») de Jakko Seikkula, psychologue et psychothérapeute finlandais.

2. Méthode

Afin d'explorer la littérature pertinente, nous avons suivi les recommandations de Lifford et collaborateurs sur la réalisation de revues conceptuelles [21]. Nous avons exploré à l'aide de certains moteurs de recherche (i.e. Medline, Psycinfo) les revues de littérature et articles combinant les termes suivants : « *first episode psychosis* » ; « *early psychosis* » ; « *first episode schizophrenia* » ; « *family intervention* » ou « *family therapy* ». Sur cette base, nous avons identifié les modèles de base de collaboration avec les familles des jeunes adultes présentant un premier épisode psychotique. Notre but n'est pas ici de faire une liste exhaustive des modèles de prise en charge possibles mais de distinguer les modèles représentatifs de l'approche psychoéducative et de l'approche de dialogue réflexif avec les familles.

¹ Arnett [3] définit cette période comme « se distinguant par une relative indépendance des rôles sociaux et des attentes normatives. L'adulte émergent est sorti de la dépendance de l'enfance et de l'adolescence mais n'est pas encore entré dans les responsabilités durables qui sont normatives à l'âge adulte. Les adultes émergents explorent souvent une variété de voies possibles en amour, dans le travail et en termes de visions du monde » (p. 469; notre traduction).

² Par exemple, certains de ces groupes se déroulent avec l'ensemble de la famille, alors que d'autres s'adressent uniquement aux proches du patient.

3. Positions thérapeutiques lors des interventions familiales.

3.1. Interventions familiales psychoéducatives

L'approche *psychoéducative* est le mode de collaboration généralement privilégié avec les familles dans les programmes pour jeunes adultes présentant un premier épisode psychotique, avec des bénéfices cliniques bien documentés [11,24]. Ian Falloon [9-11] compte parmi les fondateurs et promoteurs principaux de cette approche avec les premiers épisodes psychotiques, mais aussi plus globalement dans la mise en place de programmes d'intervention précoce pour cette population [23]. Sa manière de collaborer avec les familles a notamment servi de modèle à l'influent psychiatre australien Patrick McGorry [8,23] et à son équipe. L'intervention psychoéducative a pour objectif général de transformer de fortes émotions exprimées destructrices en des émotions exprimées de manière plus nuancée et aidante. Elle vise également à enseigner aux membres de la famille certaines compétences de base dans le soin, ainsi que des stratégies de réhabilitation [11]. De plus, la perception des interactions familiales selon Falloon [9] postule que chacun fait de son mieux, compte tenu des contraintes psychologiques et environnementales dont il fait l'expérience. Plus spécifiquement, les interventions familiales suggérées impliquent [9,11] :

- une disponibilité continue (24 heures sur 24) durant les périodes de crise ;
- une intervention éducative sur la nature et la gestion de la « schizophrénie » ;
- une tentative d'amélioration de la capacité de communication familiale ;
- une tentative d'amélioration de la capacité de *coping* (ou résolution de problèmes) par la famille, afin de diminuer l'impact des événements de vie stressants ;
- un encouragement de l'autonomisation du patient envers la famille.

Ces dimensions sont les héritières des approches familiales systémiques sur le plan de l'analyse de la nature des interactions familiales ; elles visent l'amélioration de la communication familiale et la résolution de problèmes en famille [9,11]. L'approche psychoéducative se distingue cependant de l'approche systémique par des interventions familiales éducatives qui présentent une vision de la « schizophrénie » comme un trouble d'origine cérébrale « provoqué par des stressors environnementaux » [9]. Une médication à faible dose est également présentée comme le fondement³ sur lequel le programme psychosocial va s'inscrire [9]. Ainsi, l'intervention « éducative » à proprement parler du programme de Falloon se caractérise avant tout par une présentation au patient et à sa famille d'un modèle biologique de la schizophrénie et par une argumentation en faveur de la prise d'une médication antipsychotique⁴ [9,11].

Cette approche est souvent appliquée sous forme de groupes multifamiliaux encourageant au partage des vécus (cf. Miermont [24] pour une description des pratiques de groupes multifamiliaux de W. R. McFarlane inspirées par l'approche de Falloon). Falloon [9] privilégie, quant à lui, une intervention de l'équipe soignante à domicile avec pour objectif de favoriser une plus grande participation et implication de la famille, le dévoilement de soi et la généralisation des comportements appris en thérapie. Cette

forme d'intervention peut également réduire l'anxiété associée à l'hôpital psychiatrique pour certains membres de la famille.

Les séances éducatives, programmées généralement en début du suivi, comportent une discussion sur le diagnostic, l'étiologie et la trajectoire de la « schizophrénie ». Le patient est encouragé à décrire ses symptômes, tandis que les autres membres de la famille sont incités à partager leurs sentiments en lien avec la maladie. Le manque de connaissance sur la « schizophrénie » est le point central de la discussion, en particulier les mythes et les fausses conceptions de la « schizophrénie ». Il est explicitement dit à la famille qu'il n'y a pas de données scientifiques qui suggèrent que la schizophrénie est causée par des stressors familiaux. Les théories biochimiques et génétiques sont rendues accessibles aux familles (notamment par l'utilisation de diapositives ou d'autres documents).

Un autre aspect éducatif vise à donner une justification convaincante en faveur du maintien d'une médication à long terme combinée à une gestion efficace du stress [9,11,16]. Les bénéfices et les limitations des neuroleptiques sont soulignés. Les effets secondaires possibles sont décrits clairement, y compris certains effets irréversibles (e.g. dyskésie tardive). Des méthodes de *coping* pour faire face aux effets négatifs de la médication sont discutées. Les signes annonciateurs d'une possible rechute sont définis par le patient et sa famille, afin que cette dernière sache à quel moment demander de l'aide. L'intérêt de certains outils de surveillance de la médication est explicité. Le haut taux de rechutes ainsi que les perturbations sociales qui en découlent chez les patients qui interrompent leur médication sont comparés au faible taux de rechutes et aux perturbations sociales minimales dans le cas d'une prise de médication régulière à faible dose. Les patients sont informés de l'importance d'éviter les « drogues de rue ». On relèvera que, par « éducation », les auteurs se réfèrent surtout à l'idée d'une transmission des connaissances (expertise) sur la maladie (en général) et ses évolutions possibles. Ceci laisse bien sûr la place à une variété d'attitudes (paternalistes ou non) de la part des soignants lors de la transmission des connaissances sur la maladie et à propos de la valorisation ou non de l'expérience même des patients et de leurs familles. Tarrier et Barrowclough [34] décrivent de manière schématique deux modèles de transmission

de connaissances par les soignants : un modèle en termes de *déficit d'information* (i.e. manque d'information en lien avec les comportements problématiques dans la famille) vs un modèle *interactionnel* (i.e. les personnes ont leur propre modèle de la maladie dans lequel la conception du soignant va pouvoir ou non s'intégrer). On peut considérer que la perspective de Falloon s'inscrit dans une perspective interactionnelle qui intègre d'ailleurs l'importance du vécu du patient et de sa famille, ainsi qu'une importance thérapeutique qui est attribuée à la dimension relationnelle, plutôt que cognitive de l'intervention. Cela se remarque chez Falloon dans le fait que l'ensemble de la famille est reçu lors des séances, permettant ainsi un travail direct sur ses interactions. La nature des interventions psychoéducatives décrites véhicule également de l'espoir dans les possibilités d'évolution, de même qu'une compréhension de la souffrance de chaque membre de la famille. Dans le modèle *interactionnel*, la manière d'entrer en lien doit laisser la place aux vécus et aux représentations familiales [11,34,37]. Dans leurs « *guidelines* » sur la transmission des informations selon une vision psychoéducative, Tarrier & Barrowclough [34] suggèrent de « prendre au sérieux » les représentations que le patient et sa famille ont du trouble. L'efficacité de l'intervention éducative dépend dès lors du recadrage de la perception qu'ont les proches du contrôle de ses propres symptômes par le patient [13]. Enfin, au sein du courant « psychoéducatif », la réflexion sur l'importance du vécu des familles est directement liée à la considération de la position de pouvoir du soignant dans la psychiatrie traditionnelle [9]. Par

³ Falloon indique que tous les patients du programme reçoivent une « dose optimale de neuroleptiques » durant les deux ans de suivi [9].

⁴ On notera que dans le contexte australien, dans lequel cette approche a été largement promue par McGorry, la très grande majorité (i.e. 90 %) des personnes diagnostiquées avec un trouble psychotique ont une médication prescrite [19].

exemple, les déplacements à domicile de Falloon et collaborateurs, en vue notamment de diminuer l'anxiété pouvant être ressentie par la famille en milieu hospitalier, sont une manière de lui redonner du pouvoir et un sentiment de maîtrise du cadre des interactions.

3.2. Interventions familiales réflexives

Un mode alternatif d'intervention centré sur la famille et le réseau social a été développé depuis les années quatre-vingt-dix par une équipe finlandaise [30–32] qui propose une approche interactionnelle et réflexive, appelée « dialogue ouvert ». Héritiers de la perspective familiale systémique de l'école de Milan, Seikkula et al. ont élaboré une nouvelle pratique de soins visant à intégrer les points de vue de l'équipe, des familles et proches, ainsi que des jeunes adultes. Cette pratique de travail en réseau réunit les conditions nécessaires pour qu'un dialogue puisse prendre place entre les différents partenaires. Ainsi, avec le terme de « dialogue ouvert », ces auteurs s'inscrivent dans la continuité d'une pratique de « traitement adapté aux besoins » [1,2] s'appuyant au maximum sur les ressources du patient et de son réseau. L'originalité de Seikkula et al. est de pratiquer des entretiens, familiaux notamment, de manière dite réflexive avec des jeunes adultes lors d'un premier épisode psychotique. Les recherches menées sur ce mode d'intervention montrent de bons résultats en termes de réduction des symptômes psychotiques, de diminution de l'utilisation de neuroleptiques et d'intégration sociale [19].

De manière similaire à l'approche de Falloon, l'équipe se déplace, si possible, à domicile et intervient, en période de crise, dans les 24 heures suivant la demande d'aide. Des réunions entre équipe de soin et proches du patient sont organisées par la personne qui a reçu la demande d'aide et qui sera en charge de favoriser les échanges lors de la réunion de réseau. Cette approche se caractérise par :

- une planification flexible des activités en fonction des besoins et la création de sens partagé ;
- une attitude psychothérapeutique dominant le traitement ;
- l'importance du travail d'équipe et de la coordination des activités thérapeutiques ;
- ainsi que la continuité⁵ de l'implication de la même équipe soignante.

Le dialogue thérapeutique est central et ceci à deux niveaux :

- en tant que « philosophie » communautaire d'organisation des soins favorisant le dialogue entre les différentes personnes impliquées, notamment entre les différents partenaires du réseau et caractérisée en Finlande par une transformation de la psychiatrie publique liée à une réforme appelée « traitement adapté aux besoins » [31] et ;
- comme un mode de réunion impliquant les différentes personnes significatives du réseau pour arriver, par le dialogue, à une nouvelle compréhension de la situation que traversent le jeune et sa famille/son entourage.

La pratique du « dialogue ouvert » se caractérise par trois principes centraux [30,31] :

1. **Tolérance à l'incertitude** : elle est rendue possible grâce à la construction d'une confiance commune dans le processus de soin. Par exemple, en cas de crise psychotique aiguë, un sentiment de sécurité est tout d'abord construit grâce à des

entretiens journaliers (au moins pendant les dix à douze premiers jours). Par la suite, ces réunions demeurent régulières selon la demande de la famille. Habituellement, aucun contrat thérapeutique détaillé n'est réalisé pendant la période de crise. Les décisions prématurées sont évitées et une médication neuroleptique n'est, par exemple, jamais prescrite, à moins d'avoir été discutée lors d'au moins trois réunions.

2. **Dialogisme** : le but des rencontres est de promouvoir le dialogue plutôt qu'un changement chez le patient ou au sein de la famille. Le rôle de l'équipe thérapeutique est de permettre au réseau du patient de prendre le leadership dans la production du contenu et de répondre à chaque déclaration de manière dialogique, afin de promouvoir la construction de nouvelles significations et de renforcer le sentiment de contrôle sur leurs propres vies par le patient et sa famille. Une nouvelle compréhension est ainsi élaborée par les participants à la discussion [32]. Ce type de rencontre vise à renforcer les ressources du patient et à normaliser la situation [30]. Toute personne est encouragée à parler avec sa propre (unique) voix. La position du thérapeute n'est pas de faire une intervention, mais d'être à l'écoute et d'accueillir les réponses. Les membres de l'équipe peuvent faire des commentaires sur ce qu'ils entendent les uns des autres, en initiant par exemple entre eux des « conversations réflexives » [32], tandis que la famille les écoute. Le plan de traitement est construit en toute transparence. Les décisions concernant une éventuelle hospitalisation, l'introduction ou non d'une médication et la planification d'une psychothérapie individuelle peuvent être discutées. L'objectif est d'ouvrir une étendue de possibles parmi lesquels une série d'actions seront choisies [30].
3. **Polyphonie du réseau social** : pour Seikkula et al. [30], chaque voix doit être entendue comme relevant d'une réalité du « *both-and* », dans laquelle plusieurs descriptions simultanées sont possibles, plutôt que d'une réalité du « *either-or* » dans laquelle la réalité ne varie pas selon les contextes [32]. Leur pratique [30]

a été développée au sein d'un service de psychiatrie publique réunissant des professionnels de formations et d'orientations thérapeutiques pouvant être différentes. Dans ce cadre, le dialogue a pour but de promouvoir des voix multiples sans idée *a priori* sur leur fonction dans le système familial. L'intervention ne vise pas un changement dans les interactions familiales, mais plutôt à générer de nouvelles représentations et de nouveaux possibles [30].

Les principes du *dialogue ouvert* peuvent être mis en contraste avec certaines caractéristiques des interventions psychoéducatives. Les troubles psychotiques ne sont pas considérés comme la manifestation d'une maladie neurodéveloppementale [1,30]. Le diagnostic n'est pas un préalable à la prescription du traitement médicamenteux le plus adapté, ni aux interventions psychosociales complémentaires. La médication est perçue comme un complément possible à l'approche psychothérapeutique [2,30]. Par exemple, la diminution du dosage médicamenteux est évaluée selon la possibilité de mise en place d'une psychothérapie [2,30]. Le fait de poser un diagnostic de premier épisode psychotique n'implique donc pas, *a priori*, qu'un traitement antipsychotique soit prescrit et maintenu sur une durée minimale ; il doit uniquement être présenté et justifié au patient et à son entourage. Ainsi, l'objectif n'est pas tant de transmettre des connaissances, mais plutôt de favoriser une interaction dans laquelle le vécu du jeune et de sa famille a toute son importance. Le dialogue ouvert attribue une importance particulière aux rencontres de réseau durant les moments de crise et la famille est incluse à chaque étape de construction du plan de traitement. Les ressources des familles et leurs choix de traitement sont ainsi valorisés et l'expertise du soignant devient moindre. Il n'adopte pas un rôle éducatif et ses prises de position ou avis sont soumises à

⁵ Équipe qui suit en particulier le patient et sa famille durant sa prise en charge, qu'elle soit hospitalière ou ambulatoire.

une discussion ouverte. Cependant, l'expertise du soignant réside dans sa manière d'assurer un cadre thérapeutique favorisant le dialogue, afin de tendre vers une compréhension « partagée » [1]. Cette conception des soins se prête peu aux recherches randomisées. Alanen [1] est lui-même opposé à l'intérêt d'études randomisées des effets des traitements, puisque la composante de choix du traitement par les patients est considérée centrale et que cette méthode de validation ne tient pas compte de cette dimension. Selon lui, la même méthode de traitement ne peut être appliquée à l'ensemble des membres d'un groupe [1]. Le traitement ne peut être choisi par le soignant, au risque d'omettre les besoins spécifiques à chaque individu [1].

4. Vers une convergence des positions thérapeutiques ?

Les deux approches décrites plus haut, bien qu'elles diffèrent sur plusieurs aspects, présentent aussi des points de convergence importants. Tout d'abord, aucune d'entre elles ne considère le patient et la famille comme étant la cause de la psychose mais, au contraire, comme des partenaires « compétents ou potentiellement compétents dans le processus de rétablissement » [31]. Cette attitude collaborative avec les familles est actuellement largement consensuelle dans les programmes de soins pour jeunes adultes [16,23] et marque plus globalement la manière dont a évolué le travail avec les familles en thérapie [7].

D'autre part, les recherches « *mainstream* » questionnent davantage les bases conceptuelles des approches familiales psychoéducatives. C'est le *modèle théorique* même des troubles psychotiques (en particulier les schizophrénies), dominant la plupart des approches psychoéducatives, comme des troubles cérébraux progressifs et de la *médication* antipsychotique vue comme le seul véritable traitement, qui est remis en question. Deux courants de recherches peuvent ainsi être mentionnés :

Premièrement, les conceptions encore actuelles de la schizophrénie comme conduisant à un inévitable déclin psychique expliqué par une « détérioration cérébrale progressive » sous-jacente sont qualifiées de « mythes » par certains [38]. L'association historique entre le diagnostic de schizophrénie et l'idée d'un déclin cérébral est telle que l'abandon même de ce concept, transmettant un manque d'espoir non fondé empiriquement, est voulue par certains [14]. Cette remise en question s'accompagne d'un intérêt renouvelé pour la dimension sociale et relationnelle du trouble, ainsi que pour le vécu du patient et de sa famille (*empowerment*) qui sont remis au centre de la psychiatrie « *mainstream* » [38].

Deuxièmement, la nécessité et les bénéfices d'une médication antipsychotique, souvent perçue comme le traitement de choix pour sortir d'un premier épisode psychotique, sont possiblement surestimés par les soignants [6] et parfois au détriment d'interventions dites « psychosociales ». Plus spécifiquement, pour les jeunes ayant vécu un premier épisode psychotique, des études relèvent les problèmes associés au traitement médicamenteux antipsychotique : leur possible effet au niveau du *volume cérébral* [25], leur possible rôle dans le développement de *symptômes négatifs* [4] ou dans la diminution à moyen terme du niveau de *réintégration sociale* [22,36]. La médication antipsychotique, vue jusqu'ici comme un traitement de première ligne et devant être prise sur une période prolongée, est ainsi fortement questionnée [16,22,23,36]. On notera en particulier que McGorry [22], se basant sur les travaux récents de Wunderlink et al. [36] sur la médication des premiers épisodes psychotiques, semble encourager une diminution la plus rapide possible du dosage médicamenteux, voire l'arrêt de la médication, afin de favoriser le rétablissement à plus long terme. D'autre part, ces nouvelles études s'inscrivent dans un contexte où une préférence des patients et des familles

pour les psychothérapies relativement à la médication antipsychotique est mise en évidence [17,29].

De tels résultats contribuent dès lors à mettre davantage les choix du jeune et de son entourage au centre des décisions thérapeutiques. Pour les soignants, il s'agit de ne plus envisager la médication antipsychotique comme le traitement de premier choix, mais de considérer davantage les alternatives psychothérapeutiques et psychosociales. Les décisions du patient et de son entourage sont ainsi remises au centre du processus thérapeutique [26] et la position médicale d'expert « paternaliste »⁶ [20] est questionnée sur le terrain même du choix de la médication. Ce type d'études et de revues de la littérature parues dans les journaux scientifiques « *mainstream* » placent les soignants dans une position d'incertitude quant au traitement le plus approprié et soulignent la nécessité accrue de la collaboration avec les patients et leurs familles.

Par ailleurs, la pleine participation du jeune et de sa famille aux décisions de soins est également justifiée par des recherches qui montrent le lien entre la collaboration avec la famille et la prise du traitement médicamenteux (compliance). En effet, des études ont montré que sur des questions plus techniques relatives à la médication, une attitude collaborative avec les patients centrée sur l'alliance et le renforcement de leurs compétences est favorable à l'efficacité thérapeutique [12]. La construction d'un espace de véritable collaboration (réciproque) valorisant la position du patient et des familles (i.e leurs ressources) paraît d'autant plus indispensable que des différences de représentations concernant les soins appropriés peuvent exister entre le patient, sa famille et les soignants [17,29]. Ainsi, la tendance directive et experte (linéaire) de certaines approches psychoéducatives, basée sur l'idée de présenter un modèle de la maladie et visant l'acceptation d'une prise régulière du traitement médicamenteux sur une relativement longue période, est fortement questionnée par les recherches et dans sa légitimité même. Les tendances les plus interactionnelles (circulaires) des approches psychoéducatives sont encouragées, parmi lesquelles l'approche de Falloon [11] qui intègre davantage la famille dans son ensemble lors de séances communes, le vécu des familles et leurs feedbacks sur le choix du traitement (eg. médication vs psychothérapie) lors des différentes étapes de la collaboration avec les familles. Ainsi, on assiste à un nouveau rapprochement entre les philosophies de soin de deux approches (i.e psychoéducation vs dialogue ouvert) qui se sont souvent présentées et qui ont, pendant longtemps, été perçues comme très différentes.

5. Discussion

Dans la littérature sur les soins apportés aux jeunes adultes lors d'un premier épisode psychotique, l'importance de considérer leurs familles comme des partenaires à part entière est, au niveau théorique, consensuellement admise. La mise en pratique de ce principe se traduit cependant par des modes de collaboration pouvant être très différents selon leur philosophie de soin sous-jacente. Afin de clarifier l'étendue des attitudes cliniques possibles et de souligner leurs différences nous avons mis en correspondance des positions thérapeutiques dominantes dans la *psychoéducation* et le *dialogue réflexif*⁷ (Tableau 1).

⁶ Le paternalisme dans les soins psychiatriques peut être défini comme un type de relation entre le soignant et le patient qui implique que le soignant « sache ce qui est bien pour le patient et impose cette opinion chez le patient » [20].

⁷ Dans un but de clarification à un niveau théorique ces positions sont présentées comme des types idéaux s'excluant. Dans la réalité clinique cependant, ces types ne se rencontrent jamais de manière pure et représentent davantage des attitudes thérapeutiques dominantes d'un intervenant qui peuvent varier selon les situations familiales rencontrées.

Tableau 1
Positions thérapeutiques dominantes dans la collaboration avec les familles.

	Psychoéducation	Dialogue réflexif
Connaissance	Experte (importance des guidelines)	Partielle (traitement adapté aux besoins)
Modèle neurodéveloppemental de la maladie	Central	Non central
Tendance dominante des interactions	Linéaires/directives	Circulaires/co-construites
Traitement principal	Médication (psychothérapie comme secondaire)	Psychothérapie (médication comme secondaire)
Diagnostic catégoriel	Central (nécessaire au traitement)	Non central (non nécessaire au traitement)
Position dominante du soignant dans l'interaction	Observateur-extérieur (description des signes et symptômes)	Participant-émotionnellement impliqué (compréhension du vécu)
Traits communs		
Importance de l'alliance thérapeutique (famille comme partenaire)		
Transmission d'espoir		
Travail sur l'autonomisation/sentiment de contrôle		
Travail sur la communication familiale		
Travail sur la (ré)insertion dans le contexte social		

Malgré leurs différences en termes de philosophies de soin, ces approches comportent de nombreux points communs que nous aimerions souligner dans cette discussion. Le modèle de *psychoéducation familiale* avec une orientation *interactionnelle* (i.e. en particulier celui de Falloon présenté plus haut) semble assez proche du modèle réflexif en termes de considérations pour le vécu des familles. Dans les deux cas, le soignant ne se conçoit pas comme détenant la vérité sur les origines de la maladie et sur le meilleur traitement à adopter. De plus, la composante éducative des interventions peut être appréhendée dans sa dimension relationnelle, plutôt qu'en fonction de son contenu informatif. Lymann Wynne [37], thérapeute de famille et spécialiste des troubles psychotiques, souligne à ce propos l'importance pour le clinicien de s'adapter aux besoins des familles, afin de favoriser la collaboration sans avoir une attitude « paternelle ». Dans ce but, il considère que la psychoéducation est souvent une composante appropriée des consultations de famille. Il indique : « Bien que traditionnellement dédaigné par les psychothérapeutes, le contenu et l'information sont pertinents et utiles pour les patients et les familles. La psychoéducation permet au consultant de partager des connaissances et des expériences précieuses à partir d'une position de collaboration, respectueuse non paternaliste, mais elle ne doit pas être considérée comme constituant la pleine portée d'une disponibilité professionnelle adéquate. Presque toutes les familles avec un membre gravement malade ont des questions, des préoccupations et des ordres du jour qui doivent être entendus » [37]. Elle peut ainsi être considérée comme une bonne manière d'entrer en lien avec les familles qui souvent « ont eu des expériences douloureuses avec les professionnels de la santé mentale » [37]. Les bénéfices attendus de la transmission d'information résident moins dans leur contenu que dans le fait que cela permet l'engagement de la famille dans l'intervention. Il est ainsi difficile, en pratique, de distinguer le contenu informatif transmis de l'alliance thérapeutique qu'il sert à créer [13,34].

Notre insistance sur les composantes communes de ces interventions familiales et leurs rapprochements plus récemment ne doit pas nous conduire à négliger leurs différences en termes de positionnements cliniques (Tableau 1). Ceux-ci se distinguent principalement dans leur conception de l'importance et de la nature de l'expertise des soignants (i.e. degré d'importance de la transmission de connaissances théoriques par les soignants), dans leur conception de la maladie (i.e. de nature neurodéveloppementale ou non), de la primauté accordée à la médication comme traitement, de la place du diagnostic comme un préalable ou non aux soins délivrés ainsi que leur manière d'intégrer le vécu du jeune et de la famille dans les décisions cliniques. Notons encore que l'importance accordée à l'adoption d'une attitude thérapeutique collaborative a pu être mise en place en Finlande grâce au

soutien à la formation approfondie de l'ensemble des équipes cliniques en thérapie familiale d'orientation systémique.

6. Conclusions

En conclusion, on notera que bien que les ancrages dans des approches thérapeutiques spécifiques et une formation dans ce sens se justifient, ils ne peuvent se concevoir en psychiatrie publique dans un dogmatisme excluant. Nous partageons donc le constat finlandais selon lequel il est essentiel de tenir compte de la diversité des équipes et des demandes familiales, la polyphonie. Une rigidité dans la volonté d'application de modèles spécifiques ne permet pas la coexistence ni la nature pluridisciplinaire des équipes de psychiatrie chargées des soins aux jeunes adultes souffrant de troubles psychotiques. Une telle position thérapeutique a malheureusement contribué à progressivement éloigner les thérapeutes familiaux (systémiciens) du travail avec les familles des jeunes adultes avec troubles psychotiques débutants. Ainsi, les thérapeutes de famille devraient faire preuve de souplesse dans leur manière de collaborer aussi bien avec les familles, qu'avec les équipes thérapeutiques. Wynne [33] recommande que les thérapeutes de famille mettent sur pied des consultations familiales. Celles-ci peuvent être vues comme une manière de pouvoir travailler dans une institution de psychiatrie publique qui n'est pas exclusivement organisée selon les principes systémiques, mais selon une diversité de formations et de compétences [33]. Wynne [33] considèrerait, à ce propos, que les thérapeutes familiaux se doivent de développer de nouveaux modes d'échanges, de collaboration avec les autres professionnels de la santé [32,35]. Enfin, tout soignant devrait s'atteler à la construction d'un espace de collaboration active avec les familles des jeunes adultes consultants, mode d'intervention dont l'efficacité est largement reconnue dans l'amélioration du pronostic d'évolution d'un trouble psychotique.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Alanen Y, Lehtinen K, Rääkköläinen V, Aaltonen J. Need-adapted treatment of new schizophrenic patients: experiences and results of the Turku Project. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1991;83:363–72.
- [2] Alanen YO. Towards a more humanistic psychiatry: development of need-adapted treatment of schizophrenia group psychoses. *Psychosis* 2009;1:156–66.
- [3] Arnett JJ. Emerging adulthood: a theory of development from the late teens through the twenties. *Am Psychol* 2000;55:469.

- [4] Artaloytia JF, Arango C, Lahti A, Sanz J, Pascual A, Cubero P, et al. Negative signs and symptoms secondary to antipsychotics: a double-blind, randomized trial of a single dose of placebo, haloperidol, and risperidone in healthy volunteers. *Am J Psychiatr* 2006;163:488–93.
- [5] Butzlaff RL, Hooley JM. Expressed emotion and psychiatric relapse: a meta-analysis. *Arch Gen Psychiatr* 1998;55:547–52.
- [6] Conus P, Cotton SM, Francey SM, O'Donoghue B, Schimmelmann BG, McGorry PD, et al. Predictors of favourable outcome in young people with a first episode psychosis without antipsychotic medication. *Schizophr Res* 2017;185:130–6.
- [7] Cook-Darzens S. La thérapie familiale: de la multiplicité à l'intégration. *Prat Psychol* 2005;11:169–83.
- [8] Copolov DL, McGorry PD, Keks N, Minas IH, Heman HE, Singh BS. Origins and establishment of the schizophrenia research programme at Royal Park Psychiatric Hospital. *Aust N Z J Psychiatr* 1989;23:443–51.
- [9] Falloon IR, Boyd JL, McGill CW, Strang JS, Moss HB. Family management training in the community care of schizophrenia. *New Dir Ment Health Serv* 1981;1981:61–77.
- [10] Falloon IR, Lieberman RP, Lillie I, Francis J, Vaughn C. Family therapy of schizophrenics with high risk of relapse. *Fam Proc* 1981;20:211–21.
- [11] Falloon IR. Family interventions for mental disorders: efficacy and effectiveness. *World Psychiatr* 2003;22:20–8.
- [12] Goldsmith LP, Lewis S, Dunn G, Bentall R. Psychological treatments for early psychosis can be beneficial or harmful, depending on the therapeutic alliance: an instrumental variable analysis. *Psychol Med* 2015;45:2365–73.
- [13] Grácio J, Gonçalves-Pereira M, Leff J. What do we know about family interventions for psychosis at the process level? A systematic review. *Fam Proc* 2016;55:79–90.
- [14] Guloksuz S, van Os J. The slow death of the concept of schizophrenia and the painful birth of the psychosis spectrum. *Psychol Med* 2018;48:229–44.
- [15] Haley J. *Leaving home* : quand le jeune adulte quitte sa famille, psychopathologie et abord psychothérapeutique. Paris: ESF; 1980.
- [16] IEPAGroup. International clinical practice guidelines for early psychosis. *Br J Psychiatr* 2005;187:s120–4.
- [17] Jorm AF, Morgan AJ, Wright A. A comparison of clinician, youth, and parent beliefs about helpfulness of interventions for early psychosis. *Psychiatr Serv* 2008;59:1115–20.
- [18] Kessler RC, Amminger GP, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Lee S, Ustun TB. Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. *Curr Opin Psychiatr* 2007;20:359.
- [19] Lakeman R. The Finnish open dialogue approach to crisis intervention in psychosis: a review. *Psychotherap Aust* 2014;20:28.
- [20] Lepping P, Palmstierna T, Raveesh BN. Paternalism vs. autonomy—are we barking up the wrong tree? *Br J Psychiatr* 2016;209:95–6.
- [21] Lilford RJ, Richardson A, Stevens A, Fitzpatrick R, Edwards S, Rock F, et al. Issues in methodological research: perspectives from researchers and commissioners. *Health Technol Assess Rep* 2001;5:1–57.
- [22] McGorry P, Alvarez-Jimenez M, Killackey E. Antipsychotic medication during the critical period following remission from first-episode psychosis: less is more. *JAMA Psychiatr* 2013;70:898–900.
- [23] McGorry PD. Early intervention in psychosis: obvious, effective, overdue. *J Nerv Ment Dis* 2015;203:310–8.
- [24] Miermont J, editor. *Thérapies familiales et psychiatrie*. Paris: Doin; 2010.
- [25] Moncrieff J, Leo J. A systematic review of the effects of antipsychotic drugs on brain volume. *Psychol Med* 2010;40:1409.
- [26] Morrison AP, French P, Stewart SL, Birchwood M, Fowler D, Gumley AI, et al. Early detection and intervention evaluation for people at risk of psychosis: multisite randomised controlled trial; 2012.
- [27] NAMI. **First episode: psychosis. Results from a 2011 NAMI Survey: NAMI2011.**
- [28] Onwumere J, Grice S, Kuipers E. Delivering cognitive-behavioural family interventions for schizophrenia. *Aust Psychol* 2016;51:52–61.
- [29] Read J, Magliano L, Beavan V. Public beliefs about the causes of “schizophrenia”: bad things happen and can drive you crazy. In: Read J, Dillon J, Mosher L, editors. *Models of madness: psychological, social and biological approaches to psychosis*. Routledge; 2013.
- [30] Seikkula BA, Jukka Aaltonen, Jaakko. Open dialogue in psychosis I: an introduction and case illustration. *J Constr Psychol* 2001;14:247–65.
- [31] Seikkula J, Olson ME. The open dialogue approach to acute psychosis: its poetics and micropolitics. *Fam Proc* 2003;42:403–18.
- [32] Seikkula J. Becoming dialogical: psychotherapy or a way of life? *Aust N Z J Fam Ther* 2011;32:179–93.
- [33] Shields CG, Wynne LC, McDaniel SH, Gawinski BA. The marginalization of family therapy: a historical and continuing problem. *J Marital Fam Ther* 1994;20:117–38.
- [34] Tarrier N, Barrowclough C. Providing information to relatives about schizophrenia: some comments. *Br J Psychiatr* 1986;149:458–63.
- [35] Tettamanti M, Chantraine F, Schmitt P, Curtis L. Collaborer avec les familles des jeunes adultes avec troubles psychiques débutants : vers un dialogue réflexif ? Illustration de cas. *Ann Med Psychol* 2019;177:733–9.
- [36] Wunderink L, Nieboer RM, Wiersma D, Sytema S, Nienhuis FJ. Recovery in remitted first-episode psychosis at 7 years of follow-up of an early dose reduction/discontinuation or maintenance treatment strategy: long-term follow-up of a 2-year randomized clinical trial. *JAMA Psychiatr* 2013;70:913–20.
- [37] Wynne LC, McDaniel SH, Weber TT. Professional politics and the concepts of family therapy, family consultation, and systems consultation. *Fam Proc* 1987;26:153–66.
- [38] Zipursky RB, Reilly TJ, Murray RM. The myth of schizophrenia as a progressive brain disease. *Schizophr Bull* 2013;39:1363–72.

V. Powerpoint de la présentation
« Mentaliser la santé mentale : lier la confiance épistémique entre individu, groupe et système »

Martin Debbané, Professeur, Université de Genève

Mentaliser la santé mentale:
Lier la confiance épistémique entre individu, groupe et système

Pr Martin DEBBANÉ

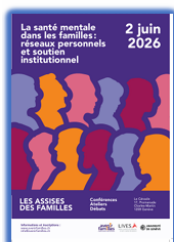
Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Éducation

Université de Genève, CH

Psychoanalysis Unit

Research Department of Clinical, Educational and Health Psychology,

University College London, UK



**UNIVERSITÉ
DE GENÈVE**

FACULTÉ DE PSYCHOLOGIE
ET DES SCIENCES DE L'ÉDUCATION



Définition de la santé mentale selon l'OMS

Organisation
mondiale de la Santé

« **état de bien-être** qui permet à chacun de **réaliser son potentiel**, de **faire face aux difficultés** normales de la vie, de **travailler** avec succès et de manière productive, et d'être en mesure d'apporter une **contribution à la communauté** »

Mais, comment **générer** cet état?

L'orientation salutogénique de la santé

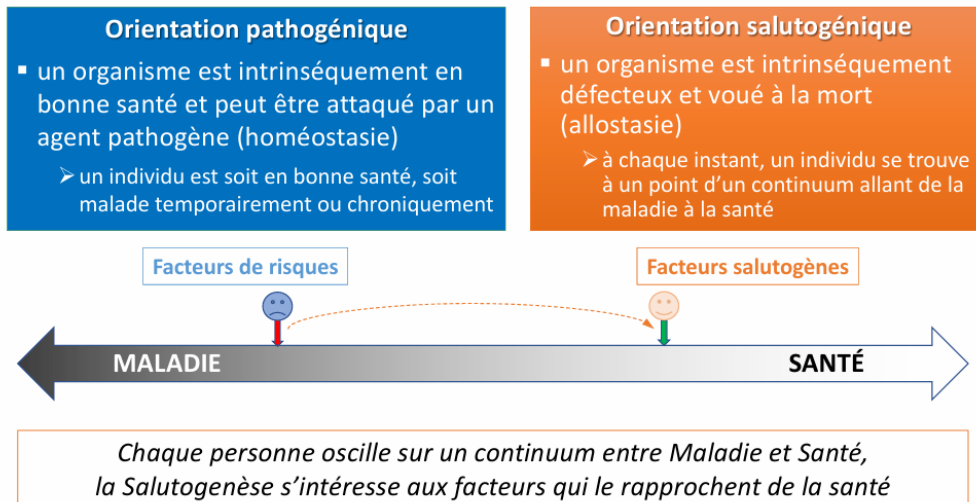


Fig. 11.3 The ease/dis-ease continuum (Antonovsky, 1979, 1987). Graphic: Bengt Lindström, Monica Eriksson, Peter Wikström (Lindström & Eriksson, 2010)

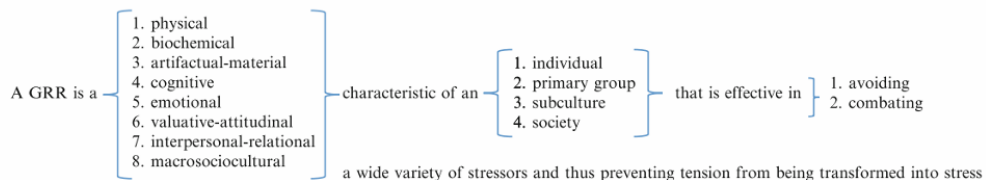
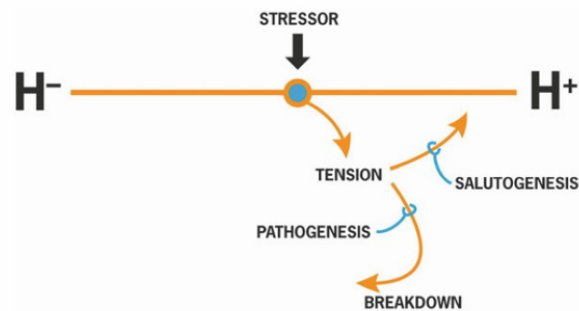
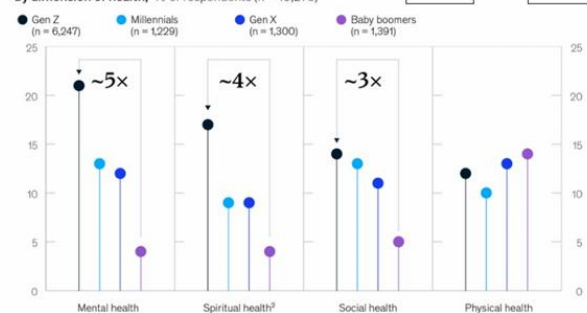


Fig. 11.4 The definition of generalized resistance resources (Antonovsky, 1979, s. 103)

Vaut-il la peine de parler santé mentale ?

More Gen Z respondents report poor or very poor health across most dimensions of health than those in other generations.

Europeans who reported their health as poor or very poor, by dimension of health,¹ % of respondents (n = 10,273)



¹Question: Please rate your health across the following dimensions: social, mental, spiritual, physical (n = 10,273). Includes respondents who answered "poor" or "very poor". Respondents who answered "very good," "good," or "neutral" are not shown. Gen Z oversample (covers ages 18-24) weighted by gender and age; dates fielded: May 5-June 27, 2022.
²Spiritual health enables people to integrate meaning in their lives. Spiritually healthy people have a strong sense of purpose. They feel a broad sense of connection to something larger than themselves, whether to a community, a calling, or to a form of divinity. We note that strong spiritual health does not necessarily imply the adoption of religious beliefs, in general, or any specific dogma.
Source: McKinsey Health Institute Europe Gen Z Brain Health Survey, 2022

McKinsey
& Company

Principaux facteurs salutogéniques ?

Sentiment
d'Appartenance



Sentiment
d'Agentivité

Luyten et al., 2020

Comment comprendre la liaison entre individu, groupe et système en matière de santé mentale (salutogénèse) ?

*MENTALISER la santé mentale:
Réflexions basées sur les principes de
Communication Thérapeutique* (Fonagy & Allison, 2014)

- Repérez les liens qu'entretiennent la mentalisation et la confiance épistémique avec la santé mentale aux niveaux:
 - De l'Individu
 - Du Groupe (familial)
 - Des Systèmes (de soin, communautés, société)

Faites-moi confiance ...



Question ?

À qui feriez-vous confiance pour soigner votre
« santé mentale »?

- 1) La science (l'expertise)
- 2) Un raisonnement hypothético-déductif (la raison)
- 3) À une « personne de confiance »
(une relation d'attachement)

Définir la confiance épistémique (1)

Epistémologie

1. Étude critique des sciences, destinée à déterminer leur origine logique, leur valeur et leur portée (théorie de la connaissance).
2. Théorie de la connaissance ; « étude de la constitution des connaissances **valables** » (Piaget).

Définir la confiance épistémique (2)

Confiance épistémique

Consiste en l'attribution de sa confiance envers une source de savoir, qui sera jugée comme **fiable**, **pertinente à soi**, et **généralisable** au-delà de l'épisode d'apprentissage

Important: ceci va affecter l'encodage de l'information, spécifiant celle « valant la peine » d'être retenue en mémoire, face à l'abondance d'information disponible.

Fonagy & Allison, 2014

Evolution phylogénétique: Cerveau et Cognition



Current Biology
Report

Exceptional Evolutionary Expansion of Prefrontal Cortex in Great Apes and Humans

Jason B. Smith,^{1,2,3} Aida Gómez-Robles,¹ Ashley N. Parks,¹ and Chet C. Sherwood¹
¹Department of Anthropology, Stony Brook University, Circle Road, Stony Brook, NY 11794-4358, USA
²Department of Anthropology and Center for the Advanced Study of Human Paleobiology, The George Washington University, 800 22nd St NW, Washington, DC 20052, USA
³Interdepartmental Doctoral Program in Anthropological Sciences, Stony Brook University, Circle Road, Stony Brook, NY 11794-4364, USA
^{*}Lead Contact
[†]Correspondence: jason.smith@stonybrook.edu
<https://doi.org/10.1016/j.cub.2017.07.020>

Micheal Tomasello et al.

La culture humaine est spécifique selon:

- 1) La création et utilisation de symboles
- 2) La création d'outils complexes menant à une technologie complexe
- 3) La création de systèmes sociaux complexes

HOMO SAPIENS



40 000 years ago
to the present

Langage

Imagination

Prise de décisions complexes



3)

À partir du moment
où on a besoin de
fabriquer
des outils pour faire
des outils, le
processus de
fabrication d'outils,
distancé de sa
fonction ultime,
devient opaque
dans son intention
et nécessite de
communiquer

Théorie de la pédagogie naturelle



- Une nouvelle forme d'évolution (Pléistocène tardif) **basée sur l'apprentissage et la transmission** de la connaissance culturelle
- La **VIGILANCE ÉPISTEMIQUE** (Sperber et al., 2010) est notre ligne de base (plus économique en terme de ressources cognitives) face à l'abondance de l'information.
- **COMMENT** donc attribuons-nous notre confiance épistémique?

Théorie de la pédagogie naturelle

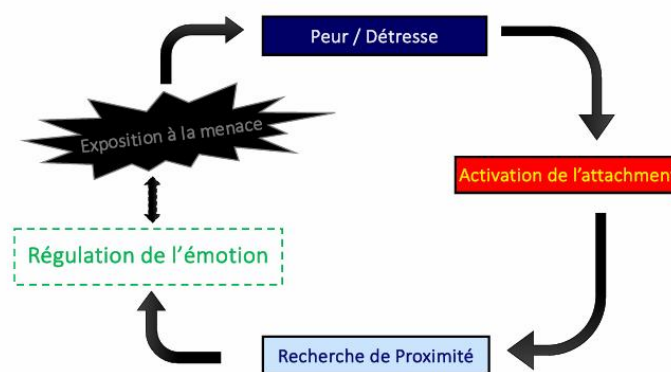


- La **CONFIANCE ÉPISTEMIQUE** (posture pédagogique) est déclenchée par des **indices ostensifs** de communication (ex: tour de rôle, réactivité contingente, contact visuel, etc.)
- Elle permet d'absorber l'information:
 - **réten**tion accrue
 - **assimilation** potentialisée
 - **généralisation** au-delà du contexte d'apprentissage

Quelques éléments de réflexions basées sur les principes de Communication Thérapeutique

- Repérez les liens qu'entretiennent la mentalisation et la confiance épistémique avec la santé mentale aux niveaux:
 - De l'Individu
 - Du Groupe (familial)
 - Des Systèmes (de soin, communautés, société)

Activation du système d'attachement
en contexte d'attachement *menant à une relation de confiance*



Attachement et santé mentale: Perception de soi et d'autrui

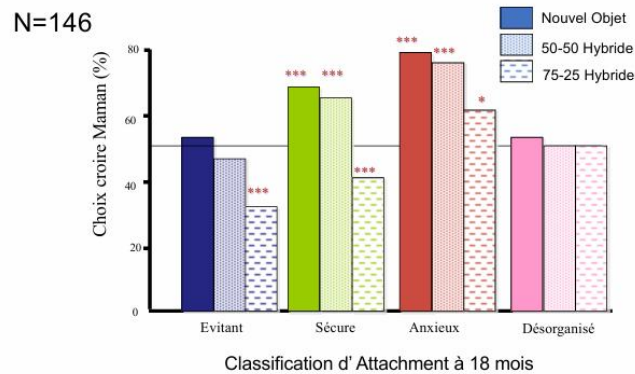
Représentation des autres	Négative	La personne EVITANTE ✓ se protège en évitant l'intimité/ la proximité ✓ a un sentiment d'indépendance et d'invulnérabilité ✓ a tendance à utiliser la distanciation émotionnelle et l'évitement pour gérer les émotions et l'intimité/la proximité dans les relations ✓ n'a pas confiance que les autres répondront à ses besoins de manière appropriée ✓ trouve difficile de parler des émotions ✓ ses relations sont souvent à court terme	La personne DESORGANISEE ✓ a une peur importante de l'intimité; ✓ se protège en évitant les relations ✓ a beaucoup de difficultés à percevoir les autres comme ils sont
	Positive	La personne SECURE ✓ est à l'aise avec l'intimité et autonomie ✓ peut faire confiance aux autres ✓ a un bon sens de soi et bonne estime de soi ✓ peut communiquer ses besoins ✓ a des relations significatives dans le long terme	La personne ANXIEUSE ✓ cherche l'acceptation de soi ✓ cherche l'approbation des autres ✓ a tendance à s'attacher aux autres facilement, rapidement et intensément ✓ a des sentiments de peur, d'anxiété et de panique d'être jugé, critiqué ou abandonné par les autres ✓ a des ruptures fréquentes dans la relation
		Positive	Négative
Représentation de soi			

À qui faire confiance quand on ne sait pas?

(Corriveau, Harris, Meins et al., 2009)

- Etude longitudinale sur l'**attachement**
- Attachement évalué chez 147 nourrissons (18 mois)
- Confiance épistémique évaluée 2 fois à l'âge de 4 et 5 ans
- **Mère et expérimentatrice proposent** des réponses opposées
 - Expé. 1: nomme un **nouvel** objet
 - Expé. 2: nomme un animal **hybride**, fait à partir de **50%** de deux animaux 
 - Expé. 3: nomme un animal **hybride**, fait à partir de **75% pour un** animal, et de 25% pour l'autre 
- Question de confiance épistémique:
 - **QUI** l'enfant va-t-il croire?

Proportion d'essais sur lesquels les enfants ont choisi leur mère pour obtenir des informations, par groupe d'attachement et par tâche



Corriveau, Harris, Meins et al., 2009, *Child Dev.*, **80**, 750-761.

Attachement → Confiance épistémique

Instinct de communication...



THE ROYAL SOCIETY PHILOSOPHICAL TRANSACTIONS B

Natural pedagogy as evolutionary adaptation

Gergely Csibra and György Gergely



Natural pedagogy theory (Csibra & Gergely; 2006,2009,2012)

Indices ostensifs de communication



Contact visuel, tour de parole, réactivité *contingente*, ton ajusté, accordages

Engage l'enfant à porter attention



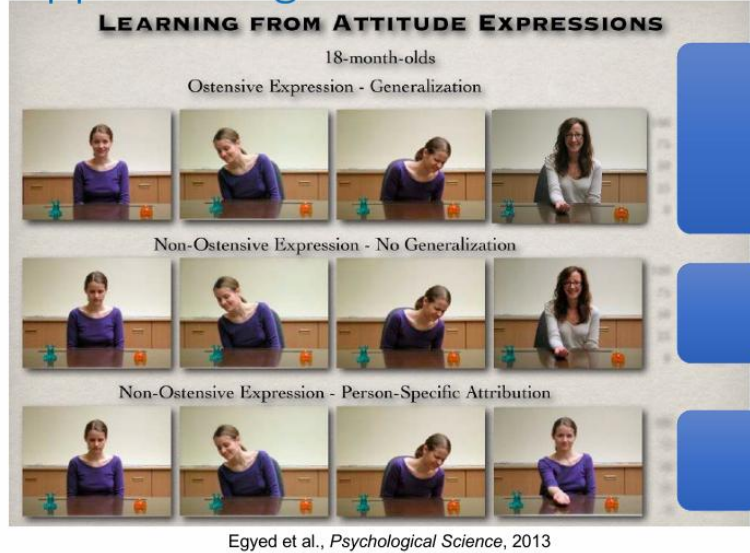
Expérience d'être vécu comme quelqu'un à part entière (*self agentif*)

Indices ostensifs favorisent la confiance épistémique.

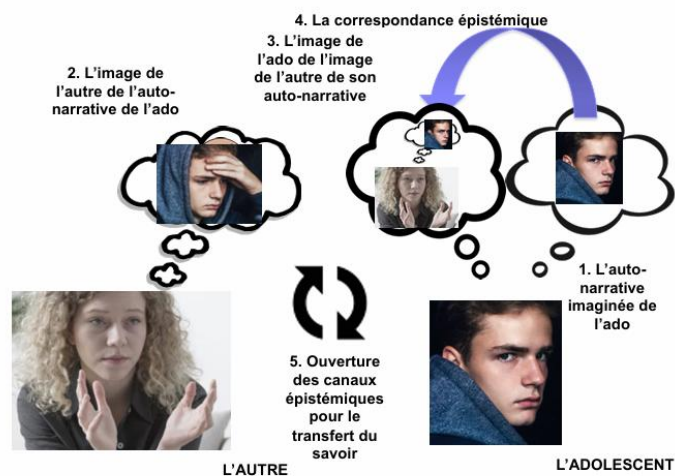


Mène au partage d'un savoir social généralisable

Confiance épistémique et généralisation de l'apprentissage à un autre contexte



Clés relationnelles pour la confiance épistémique: Reconnaître et se sentir Reconnu



Confiance épistémique; attachement et école

(vidéo)

Facteur Commun: Mentaliser

Qu'est ce qui rend les enseignants plus **efficaces**?

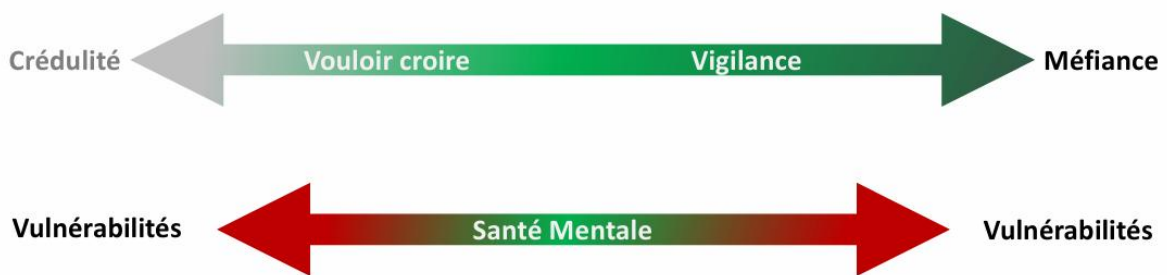
Ce sont les enseignants **qui voient l'apprentissage à travers les yeux de l'élève**

Les **ingrédients** clefs sont:

- La prise en compte des intentions d'apprentissage
- **Savoir quand l'élève a réussi**
- Avoir suffisamment de **compréhension** de la **compréhension de l'élève**
- Maîtriser suffisamment le sujet pour fournir des **expériences stimulantes et riches de sens** (créer des situations d'apprentissage)

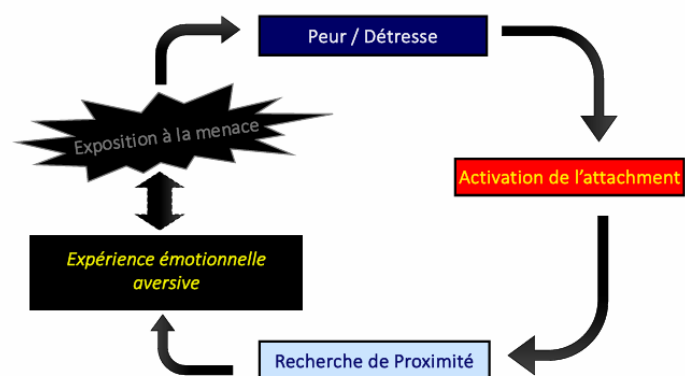
Schneider & Preckel, 2017

Confiance épistémique



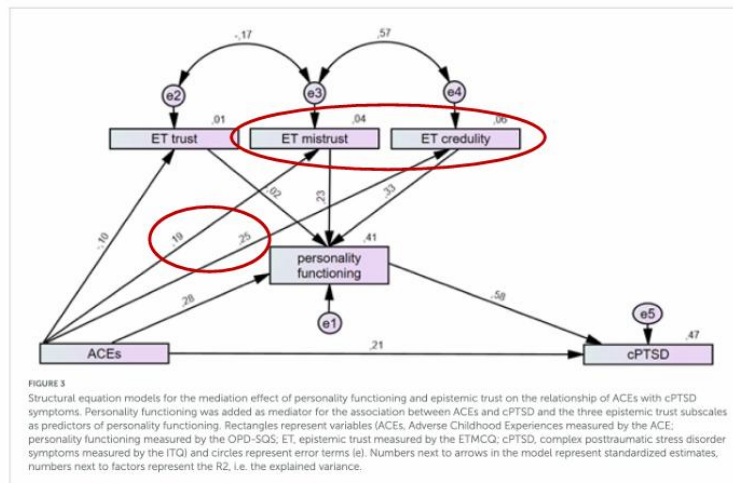
Debbané et al, 2022

Activation du système d'attachement
en contexte d'expériences *aversives* d'attachement



et boucle de réexposition traumatique

Méfiance et crédulité associés à la vulnérabilité psychologique



ACEs : expériences négatives dans l'enfance

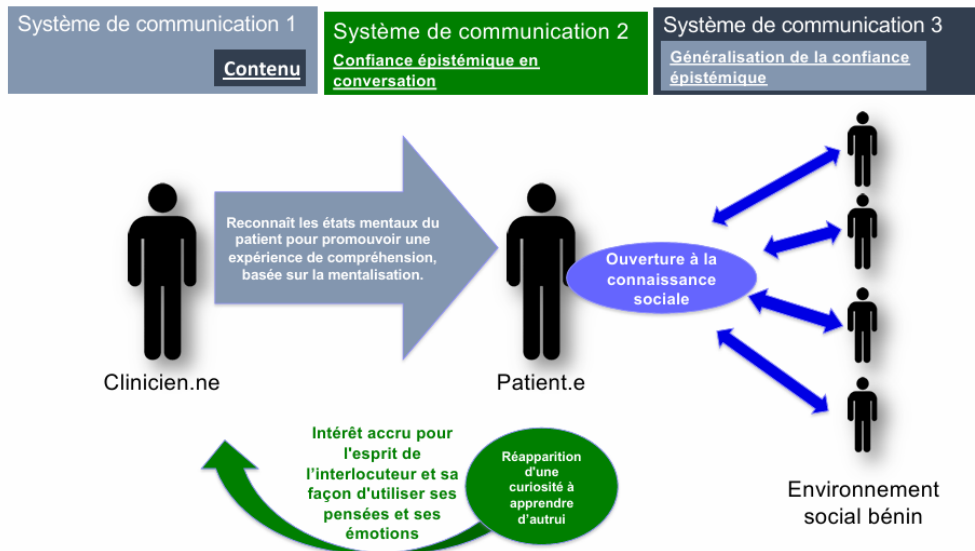
cPTSD : pathologie complexe liée à un traumatisme

Kamplang et al, *Frontiers in Psychology*, 2022

Quelques éléments de réflexions basées sur les principes de Communication Thérapeutique

- Repérez les liens qu'entretiennent la mentalisation et la confiance épistémique avec la santé mentale aux niveaux:
 - De l'Individu
 - Du Groupe (familial)
 - Des Systèmes (de soin, communautés, société)

3 Systèmes de Communication thérapeutique

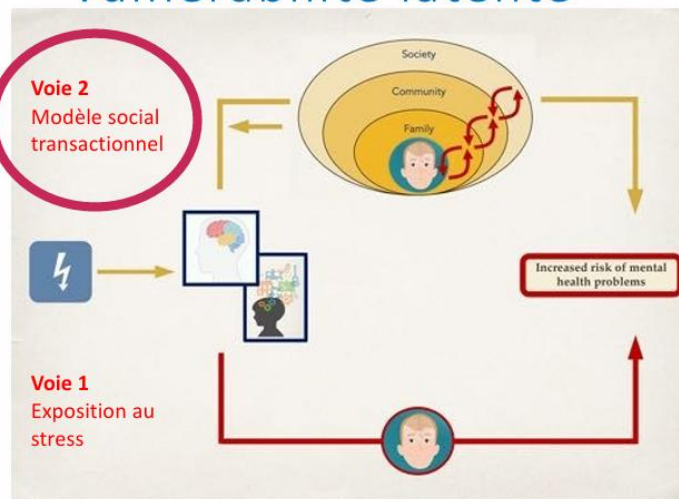


Fonagy & Allison, 2014 ; Debbané, Badoud, Fonagy, 2016

Plaider pour la confiance dans un environnement non-bénin (vidéo)

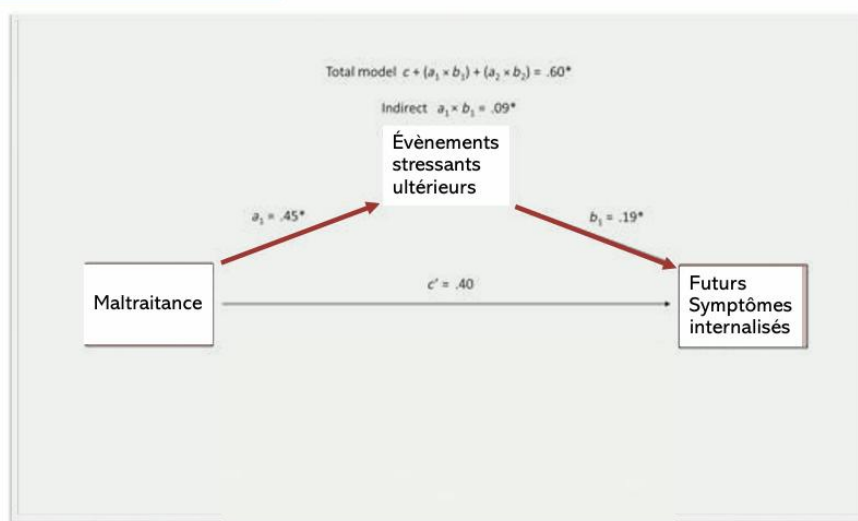
Impact développemental des expériences aversives: 2 voies concomitantes vers la vulnérabilité latente

1. Résonance du *stress social*
2. Amincissement social



McCrary & Viding, *Development and Psychopathology*, 2015

1. Résonance du *stress social*



Gerin et al., 2019, JCPP

2. Amincissement social

- i. Aptitude à initier de nouvelles relations
- ii. Capacité à consolider ces nouvelles relations
- iii. Capacité à entretenir les relations / à réparer les ruptures



McCrary & Viding, *Development and Psychopathology*, 2015

LA CONSTRUCTION D'UN RÉSEAU SOCIAL DANS L'ENFANCE ET L'ADOLESCENCE SOUTIENT LA SANTÉ MENTALE



LORSQUE LA CAPACITÉ DE FORMER DES LIENS DE CONFIANCE EST FRAGILE ET A TENDANCE À S'EFFRITER...



...nous perdons notre réseau de mentalisation et
l'adversité est traitée en isolation → trauma



Pour récapituler au sujet de la mentalisation et la confiance épistémique...

- Repérez leurs liens avec la santé mentale aux niveaux

- De l'Individu

- Du Groupe (familial)

- Des Systèmes (de soin, communautés, société)



Souligne la nécessité de communiquer pour l'apprentissage social

Pour récapituler au sujet de la mentalisation et la confiance épistémique... (2)

- Repérez leurs liens avec la santé mentale aux niveaux

- De l'Individu

- Du Groupe (familial)

- Des Systèmes (de soin, communautés, société)



Reconnaître et se sentir reconnue comme facteur de salutogénèse

Pour récapituler au sujet de la mentalisation et la confiance épistémique... (3)

➤ Repérez leurs liens avec la santé mentale aux niveaux

➤ De l'Individu

➤ Du Groupe (familial)

➤ Des Systèmes (de soin, communautés, société)



**Le potentiel
traumatogène de
l'adversité réside dans
l'atteinte à la confiance
épistémique qui isole
l'individu des systèmes
d'apprentissage sociaux**

Merci de votre attention...



Epistemic Trust

www.mentalisation.org

VI. Atelier 1 « Enfants, adolescent.es et dynamiques familiales »

Points forts et conclusions

Animation et synthèse : Romain Gauthier

Avec la collaboration de Céline Voriot-Grandguillot

Intervenant.e.s :

JADE, Hôpitaux Universitaires de Genève	Nicolas Kuhn
Enfants-aidants	Muriel Vial

Les questions ci-dessous ont servi de fil rouge à la réflexion et à la discussion.

Questions :

1. *Quelle place est donnée à la famille dans les pratiques de votre association/institution ?*
2. *Quels sont les avantages de la collaboration avec les familles pour votre association/institution et pour la personne atteinte dans sa santé mentale ?*
3. *Quels sont les principaux défis et difficultés de la collaboration avec les familles pour votre association/institution et pour la personne atteinte dans sa santé mentale ?*
4. *Quelles sont vos propositions pour améliorer la collaboration avec les familles, si vous pensez que cela est opportun ?*

En préambule à l'atelier, il a été convenu que les 4 questions seraient traitées chronologiquement, mais qu'elles ne devaient pas être traitées de manière isolée. Des éléments peuvent donc se recouper et se répéter dans la restitution de l'atelier figurant ci-dessous.

⇒ **Question 1 : Quelle place est donnée à la famille dans les pratiques de votre association/institution ?**

Un.e professionnel.le partage son impression de faire la traduction entre les familles et le réseau. En effet, à cause du stress selon elle, les familles ont parfois du mal à s'exprimer et cela peut engendrer un risque de malentendus. « C'est l'essence de notre travail la famille ». Selon que le trouble est présent chez l'enfant ou le parent, cela requestionne aussi sur le type de travail qu'il est possible d'effectuer au sein de la famille.

Selon le contexte familial et la nature du trouble, il est très compliqué pour le parent ou l'enfant d'effectuer un pas de côté. Notre rôle est de les aider à faire ce pas de côté. La difficulté est que les situations sont de plus en plus complexes, souvent en contexte

de crise. Un·e professionnel·le dit que des blocages peuvent survenir si un jeune ne souhaite pas que ses parents soient contactés. La loi oblige à demander l'autorisation du jeune mineur pour contacter les parents.

Un·e professionnel·le évoque le peu de lien avec les familles, en dehors de certaines situations, si le jeune est d'accord. Cela malgré le fait qu'ils vivent encore à domicile. Ils ont plus de contact avec les conseillers de l'AI qu'avec les parents.

Plusieurs professionnel·les partagent le constat que le cap de la majorité est important dans la prise en charge. Souvent, le but du suivi et de la prise en charge est quand même focalisé sur l'individu et la création d'un lien de confiance.

Un·e professionnel·le explique que cela est important pour conserver le lien de confiance avec le jeune, ce lien demande du temps pour être créé. L'infirmerie est un lieu privilégié, un lieu de confiance où le jeune fait la démarche de venir. Elle appelle les parents uniquement s'il y a un danger pour le jeune.

Un·e représentant·e d'association fait état du jeu d'équilibre à laquelle elle est confrontée. Il s'agit d'un jeu d'équilibre entre le besoin de l'enfant aidant d'avoir son espace, et le besoin de travailler avec la famille pour décharger l'enfant, pour déculpabiliser la famille : ils peuvent être de bons parents même s'ils ont des troubles psy. L'enjeu est d'aller à l'encontre de la logique de silo de la prise en charge purement individuelle. Il faut co-construire avec les familles, bien que cet exercice soit très délicat.

Un·e professionnel·le : parfois les parents sont soulagés d'être reconnu face à la maladie de leur enfant. Ils sont contents que quelque chose bouge. La famille est reconnaissante. Au niveau de la formation, un jeune dont le besoin est pris en compte, réussit. Souvent les parents sont seuls et démunis, ils ont besoin qu'on prenne en charge le jeune avec ses spécificités mentales.

Un·e professionnel·le : explique que parfois des choses sont essayées, mais pas au bon moment. Il est important de connaître la famille afin de saisir sa situation dans toute sa complexité, et de faire remonter ses compétences le cas échéant pour adapter la prise en charge du jeune. Tout cela peut permettre ensuite de proposer des actions adaptées à la personne aidée, et de solliciter si besoin d'autres professionnel·le du réseau.

Plusieurs professionnel·les font alors état d'une méconnaissance du réseau y compris chez les professionnel·les. Ils font état du besoin de mettre le réseau autour des familles, pour les soulager et les accompagner. Trop souvent, le réseau est mobilisé uniquement en situation de crise. La coordination des professionnel·les est un enjeu, surtout dans un contexte où le travail social est

de plus en plus quantifié et soumis à des règles bureaucratiques. Le besoin d'un annuaire commun fait consensus, de connaître le réseau. Parfois aussi il manque de temps pour contacter les autres partenaires.

Un·e professionnel·le poursuit. Il présente l'approche qu'il a dans son contexte. Ils essaient d'intégrer les besoins familiaux à la prise en charge. Il y a toujours un accueil des familles et des proches, le jeune doit donner son accord pour que ses proches participent. Il y a aussi un accueil individuel avec les familles : cela permet de travailler l'autonomisation et l'émancipation du jeune. Ils travaillent avec le jeune pour inclure la famille dans le suivi. Un enjeu important, dans son contexte professionnel, est d'apaiser les tensions au niveau systémique, afin d'apaiser les symptômes. Parfois, des jeunes peuvent aussi avoir le besoin de mettre les parents à distance. Établir un bilan de famille peut permettre de comprendre pourquoi le jeune ne veut pas de sa famille dans une prise en charge. Et cette mise à distance ne veut pas dire que les professionnel·les ne vont pas entendre ce que leur rapporte les familles. Le secret médical existe, mais ne veut pas dire que la famille ne sera pas entendue. La demande de suivi par l'équipe mobile est souvent initiée par les parents (maman), ils sont donc présents la plupart du temps au 1^{er} entretien avec le jeune.

Cette présence est très importante car elle permet de confronter la vision de la maladie dans la famille. L'inclusion de la famille est donc très importante. Il partage le constat que le réseau de soin et d'aide est saturé. Enfin, la famille est définie au sens large comme partenaire de la prise en charge.

⇒ **Question 2 : Quels sont les avantages de la collaboration avec les familles pour votre association/institution et pour la personne atteinte dans sa santé mentale ?**

Pour un·e professionnel·le, le travail avec les familles permet plus d'authenticité, de connaître le besoin. Rencontrer les familles permet de faire baisser leur défensive quand elles sont dans la crainte d'une « intrusion » institutionnelle. Cela permet aussi de trouver des solutions ou des appuis très adaptés, notamment pour que l'enfant puisse rester à domicile. Les familles demandent que le réseau se réunisse et communique.

Être en contact avec les familles permet de travailler les problèmes en amont. Cela permet aussi de créer des liens pour avoir leur accord afin de contacter d'autres acteurs du réseau. Il est important de transmettre au réseau ce que vit la famille et les parents (fatigue/psy) pour la prise en charge des enfants la plus adaptée.

Un·e autre professionnel·le explique que les parents connaissent bien leurs enfants et sont les mieux placés pour aider. Les inclure permet aussi de les valoriser et de reconnaître leur expertise auprès des enfants. Cela peut aussi rassurer les enfants quand les parents transmettent les informations et leur vécu : cela permet de prévoir, d'anticiper si des crises surviennent.

Pour un·e autre professionnel·le, intégrer la famille en amont d'une décision de placement peut aussi être de nature à rassurer la famille quand le réseau se met en branle à la suite d'un événement, ou dans une situation donnée. Cela permet à la famille de ne pas se sentir dépossédée de la situation, d'avoir l'impression de garder le *lead*.

Le fait d'être en lien avec les parents, leur permet aussi d'exprimer leurs limites et permet aux professionnel·les de mettre en place des actions pour pallier aux compétences parentales (ex : placement). L'exemple de la surcharge / fatigue parentale est mobilisé. Cela permet de trouver les meilleures solutions pour les enfants.

Un·e professionnel·le explique que la collaboration avec les parents peut aussi être de nature à rassurer les professionnel·les dans la justesse du suivi mis en place, ou pour prendre du recul sur la situation de la personne aidée.

Pour un·e professionnel·le, dans le cadre de l'école, les parents peuvent être source de stress, en mettant une pression aux enfants. Collaborer avec les parents permet de présenter différentes options pour l'avenir et permet de soulager les élèves. Si les parents baissent la pression, les enfants aussi. Le travail consiste à les mettre autour d'une table et de faciliter leur communication.

Un professionnel·le estime que pour les enfants plus jeunes et donc peu autonomes, notamment dans la communication de leurs besoins ou la compréhension de leur situation, les parents assument la responsabilité. Attention : tout dire aux parents risque de faire perdre leur espace de confiance aux enfants.

⇒ **Question 3 : Quels sont les principaux défis et difficultés de la collaboration avec les familles pour votre association/institution et pour la personne atteinte dans sa santé mentale ?**

Selon les professionnel·les, les difficultés / défis varient.

Dans le milieu scolaire : difficultés de faire comprendre aux parents leur impact sur le comportement ou les difficultés de l'enfant. Défi pour qu'ils comprennent leur devoir.

Dans le milieu éducatif : les parents sont parfois en colère contre les institutions, le professionnel consacre du temps pour déconstruire l'image qu'ils en ont, et à justifier le bien fondé du travail éducatif. Il est très difficile de faire accepter aux parents le travail et la présence des professionnel·les. L'enjeu pour l'éducateur·ice est parfois simplement de créer du lien avec la famille, afin de faire « alliance » pour le bien de l'enfant. Toutefois, une deuxième difficulté peut alors survenir, qui découle du temps administratif (très lent) différent du temps affectif.

Dans le milieu socio-sanitaire : il s'agit de trouver le bon équilibre entre l'émancipation des jeunes, pour qu'ils trouvent un sens à leur soin, et l'intégration des parents. Cet équilibre est mouvant, et implique de toujours garder en tête que le jeune est toujours au centre de la prise en charge.

D'autres enjeux rencontrés par les différents participant·es présent·es, peu importe le milieu, sont discutés.

Les professionnel·les présent·es partagent l'avis selon lequel parfois, le besoin existe de couper la relation entre les jeunes et les familles afin de soulager les jeunes et/ou la famille. Parfois la relation est toxique, pour les jeunes ou les parents. Parfois les familles ne veulent pas garder le lien après 18 ans.

Certaines difficultés surviennent aussi quand il y a un devoir de collaborer avec des parents qui ne veulent pas, ou qui ont aussi des troubles psy.

L'aide contrainte est un enjeu à appréhender pour les professionnel·les, de par le fait qu'il s'agit pour les parents d'une injonction paradoxale, toujours sous surveillance des institutions.

⇒ **Question 4 : Quelles sont vos propositions pour améliorer la collaboration avec les familles, si vous pensez que cela est opportun ?**

Parmi les propositions discutées, concrètes ou abstraites, ressortent :

- Communication ++ / création du lien
- Changer les représentations de l'intervention auprès des familles
- Répertoire du réseau et des différents organismes pour accompagner les parents et les enfants.
- Favoriser les moments avec plusieurs regards au sein des dispositifs pour aider les familles.
- Au sein du DIP, que tous les élèves aient accès au même réseau quel que soit le lieu où ils étudient.

VII. Atelier 2 « Jeunes adultes impactés dans leur santé mentale et dynamiques relationnelles (25-40 ans) »

Points forts et conclusions

Animation et synthèse : Sylvain Tarrit

Avec la collaboration d'Olga Ganjour

Intervenant.e.s :

Le Biceps	Lucie Jenny Mazzola
Le Relais	Fabienne Thorens

Questions :

1. *Quelle place est donnée à la famille dans les pratiques de votre association/institution ? Et au réseau amical ?*
2. *Quels sont les avantages de la collaboration avec les familles et le réseau personnel pour votre association/institution et pour la personne atteinte dans sa santé mentale ?*
3. *Quels sont les principaux défis et difficultés de la collaboration avec les familles et le réseau personnel pour votre association/institution et pour la personne atteinte dans sa santé mentale ?*
4. *Quelles sont vos propositions pour améliorer la collaboration avec les familles et le réseau personnel, si vous pensez que cela est opportun ?*

⇒ **1^{ère} question : Quelle place est donnée à la famille dans les pratiques de votre association/institution ? Et au réseau amical ?**

Depuis plus de 30 ans, l'association **Le Relais** propose un accompagnement aux proches et aux familles au sens large. L'objectif est de leur offrir un espace d'écoute et de soutien face aux réactions émotionnelles suscitées par des situations de vie complexes, quel que soit l'âge de la personne concernée. Les patients sont issus de toutes les tranches d'âge confondues et ont des liens de parenté divers. Il peut aussi s'agir du réseau des amis.

L'association met notamment à disposition une permanence téléphonique, des groupes de paroles et des journées portes ouvertes, afin de permettre aux proches de venir chercher de l'aide lorsqu'ils en ressentent le besoin. Un jour, ils apparaissent, et, un autre jour, ils disparaissent complètement. Les portes étant ouvertes, les patients viennent et partent quand ils veulent. Si les services ne correspondent pas aux attentes les professionnel.le.s les dirigent vers les autres services et structures. L'adhésion est fixée à 70 CHF, mais ce n'est pas pour accéder aux prestations, mais plutôt pour donner une crédibilité à l'association au niveau du réseau.

L'accompagnement repose en grande partie sur le soutien entre pairs : les proches peuvent échanger avec d'autres proches confrontés aux mêmes difficultés, ce qui

favorise le partage d'expériences, le développement de stratégies d'adaptation et le renforcement de la résilience. Les proches doivent atteindre un certain degré de résilience par rapport à leurs propres situations. Les pratiques tiennent également compte des différences culturelles, notamment en ce qui concerne la manière de percevoir, d'accepter ou d'aborder les problèmes de santé et les difficultés familiales. On s'aperçoit que la famille n'est pas toxique, mais face à une situation extrêmement compliquée, elle doit être entendue et valorisée.

Depuis 2001, l'association **Le Biceps** propose un accompagnement psychologique aux enfants et aux adolescent.e.s (7-25 ans) dont un membre de leur famille est atteint par une maladie psychique. Les services sont en libre accès. Une attention particulière est accordée au soutien à la parentalité, en collaboration avec différents partenaires, notamment le SPMi (Service de protection des mineurs), les pédiatres et les établissements scolaires.

L'accompagnement vise également à renforcer les ressources de l'entourage et à identifier des adultes de référence susceptibles de soutenir le jeune, y compris après sa majorité. L'association Le Biceps comprend trois psychologues et propose des suivis individuels et en groupes afin d'aider les jeunes à mobiliser leurs ressources personnelles et sociales, telles que leur réseau d'amis ou leur entourage proche. Les ami.e.s ne sont pas reçus, mais les ressources dont les jeunes disposent sont très importantes dans les pratiques de l'association. Un réseau d'amitié est parfois créé grâce aux groupes thérapeutiques.

L'association met également en place des interventions en groupes thérapeutiques adaptées aux besoins et à l'âge des participant.e.s. Les jeunes enfants peuvent participer à des groupes en utilisant notamment des jeux de rôle et des mises en situation pour travailler les relations familiales, y compris autour de la « famille imaginaire » dans laquelle un ou deux parents sont atteints de maladies psychiques et jouent un scénario. Dans ces groupes les adolescent.e.s et les jeunes adultes partagent leur vécu. Les jeunes adultes sont accompagnés lors d'entretiens individuels (3 rdv) pour connaître leurs problèmes et leurs besoins, et parfois les jeunes adultes acceptent la participation de leurs parents. Certains jeunes étant déjà suivis à l'extérieur, ils viennent au Biceps avec une demande de groupes. Les parents malades, qui ont de problèmes dans leurs relations avec les enfants, sont aussi accompagnés et soutenus dans leurs démarches. On accompagne aussi les co-parents qui ont des difficultés, donc, il s'agit de la parenté au sens large. Cependant, les parents malades ne sont pas souvent reçus, car ils sont en traitement, le focus de l'association portant quand même sur les enfants et les jeunes.

Certaines prises en charge s'inscrivent dans le cadre de mandats judiciaires, les jeunes étant alors tenus de participer au suivi. Les orientations proviennent principalement des écoles, du SPMi, des pédiatres ou d'autres partenaires du réseau. Les parents et les jeunes adultes consultent à l'association après une recherche sur

internet. Il n'y a pas besoin de diagnostic pour les parents. Pour les mineurs, par contre, il faut que quelqu'un dans l'entourage confirme la maladie, ou le dysfonctionnement pour que l'association intervienne. Elle travaille beaucoup avec les écoles, le réseau, le SPMi toujours avec l'accord des jeunes et de la personne de référence.

⇒ **2ème question : Quels sont les avantages de la collaboration avec les familles et le réseau personnel pour votre association/institution et pour la personne atteinte dans sa santé mentale ?**

Selon les professionnel.le.s, la collaboration avec les familles présente des enjeux pour tous. Dans les pratiques de traitement des jeunes, il est parfois très compliqué de ne pas voir les parents et de ne pas connaître leur situation particulière, mais c'est aussi compliqué avec les parents. C'est donc compliqué sans parents, et impossible avec.

Beaucoup d'efforts ont été réalisés pour les jeunes adultes présentant des troubles débutants, avant l'installation d'une chronicité, notamment jusqu'à l'âge de 25 ans. Passé cet âge, les ressources deviennent beaucoup plus limitées : les possibilités de soins, d'accompagnement et de prise en charge sont moins nombreuses. Dans ce contexte, les familles se demandent souvent comment maintenir un soutien et un accompagnement à long terme auprès de ces jeunes. Lorsque la maladie devient chronique, la situation devient plus complexe : soit la personne se retrouve dans une situation de grande solitude et d'exclusion sociale, soit elle est principalement soutenue par sa famille.

⇒ **3ème question : Quels sont les principaux défis et difficultés de la collaboration avec les familles et le réseau personnel pour votre association/institution et pour la personne atteinte dans sa santé mentale ?**

Pour les professionnel.le.s, notamment ceux qui travaillent dans l'insertion professionnelle, il est important de savoir combien de cas de jeunes atteints de troubles psychiques sont reconnus par l'AI (l'assurance invalidité) et combien ne le sont pas. Ils sont dans les établissements scolaires sans connaître la situation réelle. Il faut ouvrir le dialogue, réfléchir à la manière de les accompagner et agir dans le groupe de classe pour travailler l'acceptation et le vivre ensemble. Les parents ne veulent pas aborder les problèmes de leurs enfants, parce qu'ils veulent qu'ils soient normaux. Ils refusent d'admettre cette réalité, ce qui est très compliqué pour les professionnel.le.s, pour le groupe de classe et pour les professeurs. Les parents n'ont pas envie d'imaginer que leurs enfants puissent avoir des problèmes. Les assistant.e.s sociaux des écoles n'ont pas toujours toutes les informations nécessaires pour déterminer s'il s'agit d'un trouble de l'apprentissage. Il faut environ 8 mois à l'enfant pendant la première année scolaire pour que la situation soit identifiée. La collaboration et les informations fournies par les parents sont donc très importantes pour les

professionnel.le.s. D'un autre côté, l'exposition des problèmes de l'enfant peut avoir un effet stigmatisant.

Beaucoup de familles craignent les étiquettes. L'école peut parfois être très intrusive. Jusqu'où peut-elle intervenir ? Les entreprises sont parfois confrontées à ce genre de problèmes de non-dit familial lorsqu'elles embauchent des jeunes en stage ou pour leur premier emploi, car les parents ne veulent pas que les maladies psychiques de leurs enfants soient reconnues. Les entreprises ne savent pas comment statuer sur le cas de ces enfants dont les parents n'ont pas voulu aborder la maladie. Qui est le bénéficiaire de cette situation : l'entreprise, la famille ? Quel « confort » ? Pour qui ?

Genève est une ville multiculturelle où les réactions des familles face aux maladies psychiques sont très diverses. Ces réactions dépendent de multiples facteurs, notamment de la culture, de l'origine, de la nationalité, mais aussi de l'histoire et du parcours de chaque famille, c'est pourquoi elles doivent être appréhendées au cas par cas. Avec certaines familles, il est particulièrement difficile d'aborder ce sujet. Ce qui fonctionne avec certaines personnes, ne fonctionne pas nécessairement avec d'autres. Il est donc essentiel d'adapter son approche à chaque situation.

À la CFPT (Centre de Formation Professionnelle Technique), les professionnel.le.s insistent généralement sur le fait que les troubles psychiques doivent être pris en charge avant qu'un jeune puisse reprendre une formation. Or, comme les jeunes sont majeurs, beaucoup refusent de consulter un psychiatre ou un psychologue. Cette situation illustre parfois une logique en silo : le soin est considéré comme un préalable nécessaire à toute démarche de formation ou d'insertion, alors que l'accès aux soins peut être difficile. En thérapie, l'idée dominante est souvent que le soin doit venir en premier. Chez JADE (Programme ambulatoire pour jeunes adultes avec troubles psychiques débutants), les psychologues privilégient au contraire une approche selon laquelle ces dimensions peuvent être travaillées simultanément. La réinsertion sociale ou professionnelle permet en effet de diminuer les symptômes. Dans le cadre de la thérapie familiale, la dimension professionnelle des jeunes occupe une place importante dans le processus de prise en charge. Selon la littérature scientifique, la durée de la période de non-insertion (dans une formation, un emploi ou une activité structurante) constitue un facteur prédictif important qui peut influencer négativement l'évolution de la situation. Il est donc essentiel d'éviter une rupture prolongée avec le milieu de la formation ou du travail pour favoriser la réintégration et maintenir le lien avec le monde professionnel.

Dans le cadre de l'accompagnement proposé par JADE, notamment à travers le coaching et les groupes thérapeutiques, les psychologues articulent le soin et la mise en relation sociale. Recevoir des soins ne dispense pas de mener des démarches sociales ni d'élaborer un projet de formation ou d'insertion professionnelle.

Cependant, dans la pratique, la santé et la réinsertion sont souvent considérées comme deux domaines distincts. Il existe des programmes de réinsertion pour les

jeunes de 18 à 25 ans, mais après 25 ans, les possibilités sont beaucoup plus limitées. Les professionnel.le.s ont essayé différentes approches, mais ils constatent un manque de solutions adaptées, ainsi qu'une certaine forme de désengagement de la part des institutions publiques. Les places disponibles sont très rares. Les professionnel.le.s estiment que les institutions et les écoles attendent souvent que les personnes soient déjà stabilisées et en mesure de travailler ou d'étudier à temps plein. Pourtant, les institutions doivent également accepter et accompagner les personnes telles qu'elles sont, avec leurs difficultés, mais aussi avec leurs ressources et leur potentiel d'évolution.

Par ailleurs, les assistant.e.s sociaux et les conseiller/ère.s en insertion n'ont pas toujours accès aux informations concernant la situation des jeunes, notamment en raison de la protection des données. Certains jeunes ne souhaitent pas non plus révéler qu'ils sont concernés par un trouble psychique ou qu'ils bénéficient d'un soutien de l'assurance-invalidité (AI), ce qui peut compliquer leur accompagnement et leur accès aux ressources adaptées.

Les jeunes atteints de troubles psychiques ont beaucoup de mal à suivre un programme d'apprentissage et à maintenir leur motivation, car ils sont souvent fortement limités dans le temps et doivent, en parallèle, suivre des programmes ou des accompagnements spécifiques. Les professionnel.le.s accompagnent les jeunes adultes dans le respect de leur autodétermination, mais il est parfois difficile de communiquer avec les parents, car leurs attentes et leurs inquiétudes concernant leurs enfants en apprentissage peuvent être élevées. Les professionnel.le.s encouragent et soutiennent les jeunes dans leur parcours, mais lorsque ceux-ci rentrent chez eux, leurs parents peuvent parfois leur demander ce qu'ils ont fait dans leur structure. Cela peut créer un décalage : les professionnel.le.s essaient de renforcer leur autonomie, mais l'environnement familial peut parfois exercer une pression ou adopter une approche différente. C'est une complexité que les professionnel.le.s observent dans leur pratique. Les assistant.e.s sociaux et les conseiller/ère.s en insertion proposent aux parents des rencontres, notamment sous forme de portes ouvertes ou d'échanges, afin de créer un dialogue. Cependant, les jeunes ne souhaitent pas toujours que les professionnel.le.s prennent contact avec leurs parents. Les professionnel.le.s en insertion essaient également de créer un réseau avec les psychologues qui accompagnent ces jeunes, mais cela ne fonctionne pas toujours. Dans le cadre de leur travail, ils s'efforcent souvent de stimuler la motivation des jeunes, notamment en les aidant à se projeter et à organiser des stages.

Selon les psychologues en orientation, le temps joue contre les jeunes : plus ils restent désinsérés, plus leur réinsertion devient difficile et plus l'accompagnement peut être long. Les parents ne sont pas toujours très soutenant dans les démarches proposées, notamment parce qu'ils peuvent eux-mêmes être découragés ou avoir perdu confiance après plusieurs expériences d'échec ou de rupture. Il est particulièrement complexe de travailler avec des jeunes en situation de rupture lorsque leur famille ne croit plus

en leur capacité d'évolution. De plus, ces jeunes sont souvent déjà suivis par plusieurs intervenant.e.s et le décrochage est souvent associé à des difficultés psychiques. Certains jeunes ne croient plus aux approches thérapeutiques, car ils ont déjà essayé différentes formes d'aide sans trouver de réponse adaptée. Parfois, le réseau d'accompagnement peut également devenir un obstacle, notamment lorsqu'il manque de coordination ou que les approches divergent. Dans ces situations, il faut beaucoup plus de temps pour reconstruire la confiance et rétablir une dynamique de collaboration. Les jeunes adultes souhaitent souvent progresser rapidement, mais leur situation ne le leur permet pas toujours. Ils ne sont pas encore suffisamment stabilisés, tandis que l'assurance-invalidité (AI) peut exercer une pression pour une évolution rapide. Il est donc essentiel de favoriser la collaboration entre les jeunes, leurs parents et les différentes institutions impliquées. Cependant, l'accès aux parents reste complexe, notamment pour des raisons éthiques liées au respect de l'autonomie et de la confidentialité des jeunes adultes. Il est parfois difficile d'organiser des entretiens avec les familles et de les mobiliser autour d'actions communes. Selon les psychologues, le refus de certains jeunes adultes de voir leurs parents contactés peut également être interprété comme une volonté de les protéger : ils ne souhaitent pas exposer leurs difficultés à leur famille ni leur permettre d'accéder à des informations concernant leur situation.

⇒ **4^{ème} question : Quelles sont vos propositions pour améliorer la collaboration avec les familles et le réseau personnel, si vous pensez que cela est opportun ?**

Comment sortir de cette logique en silo ? Des solutions collectives existent, comme des rencontres avec les parents, des collaborations entre JADE, les conseillers en insertion, les communes et les autres acteurs du réseau. Les réunions de réseau et les rencontres entre professionnel.le.s peuvent être très efficaces. Il est également important de pouvoir orienter les personnes vers des thérapeutes ou des professionnel.le.s connus du réseau. Il faut toutefois adapter les approches en fonction des situations : travailler avec le réseau en présence de la famille, mais aussi lorsque celle-ci n'est pas impliquée. Cela nécessite de construire une relation de confiance, d'être créatif dans les modalités d'accompagnement et, parfois, d'intégrer davantage les dimensions thérapeutiques, par exemple en faisant appel à des psychologues présents au sein même des structures.

Il est également important de prendre soin des professionnel.le.s eux-mêmes : on ne peut pas accompagner quelqu'un si on n'a pas les ressources nécessaires pour le faire. Il faut pouvoir disposer de temps pour se préparer, réfléchir et coordonner les actions.

Objectif chez JADE : supprimer les ruptures liées aux catégories d'âge.

Une réflexion importante porte sur les ruptures liées à l'âge : avant 18 ans, entre 18 et 25 ans, puis après 25 ans. Le passage à 25 ans peut envoyer un message très difficile aux jeunes et à leur famille, comme si le système avait « tout essayé » et qu'il n'y avait plus de solutions.

Il est nécessaire de disposer de temps de préparation et de concertation lorsqu'on accompagne des jeunes adultes, y compris lorsqu'il s'agit de réfléchir avec leurs proches. La question de la place de la famille est parfois mal posée : entre 25 et 40 ans, les parents peuvent constituer une ressource importante, mais pas nécessairement dans toutes les situations. Leur implication doit dépendre de l'accord du jeune adulte et de la capacité des parents à être souteneurs.

Les institutions ont un rôle important à jouer, mais elles manquent souvent de ressources et de places disponibles. Il est également nécessaire d'élargir la réflexion aux proches au sens large, c'est-à-dire aux conjoint.e.s, aux frères et sœurs ou à d'autres personnes significatives de l'entourage du jeune adulte.

Dans la pratique, ce sont souvent les femmes qui assurent les échanges avec les institutions et endossent la responsabilité du soutien familial. Or, un facteur prédictif important des rechutes dans les troubles psychiques sévères est un climat familial tendu. Il est donc essentiel de soutenir les proches et d'éviter de leur confier une responsabilité excessive.

Concrètement, il est possible d'agir sur plusieurs dimensions, notamment en aidant à trouver un logement. Lorsque les liens familiaux sont interrompus ou fragilisés, le rôle des assistants sociaux est particulièrement important pour accompagner les jeunes adultes. L'objectif est également de soulager les familles et de répartir la responsabilité de l'accompagnement entre les proches et les services professionnels, lorsque cela est possible et qu'un accord peut être trouvé avec la famille.

VIII. Atelier 3 « Parents, entre stress professionnel et stress familial »

Points forts et conclusions

Animation et synthèse : Aurélie Péter-Contesse

Avec la collaboration de Marie-Eve Zufferey

Intervenant.e.s :

Guidance petite enfance	Nathalie Biedermann
Le Relais	Antonio Lafranchi

1. *Quelle place est donnée à la famille dans les pratiques de votre association/institution ?*
2. *Comment votre association/institution soutient les familles ? Les parents, mais aussi les enfants lorsque les parents sont atteints dans leur santé mentale.*
3. *Quels liens voyez-vous entre santé mentale et conditions sociales des familles ?*
4. *Quelles sont vos propositions pour davantage soutenir à la fois les personnes atteintes dans leur santé mentale et les proches ?*

⇒ **Question 1 : Quelle place est donnée à la famille dans les pratiques de votre association/institution ?**

La première intervenante explique que l'équipe mobile de la Guidance petite enfance est une équipe pluridisciplinaire, qui se rend au domicile des familles. Elle travaille activement avec les parents d'enfants entre 0 et 4 ans, mais aussi avec la fratrie de ces jeunes enfants. Il s'agit d'accompagner les parents dans une co-construction des soins.

Selon le deuxième intervenant, l'association Le Relais a basé son action sur la difficulté d'échanger sur des problématiques de proches aidants de personnes atteintes dans leur santé mentale. 3 types d'intervention sont pratiquées :

- La permanence téléphonique
- Les entretiens personnalisés
- Les groupes de soutien, qui sont libres et sans inscription.

Le statut de proche aidant se résume en 4 mots :

- La communication
- L'écoute
- Le respect
- La dignité

⇒ **Question 2 : Comment votre association/institution soutient les familles ?
Les parents, mais aussi les enfants lorsque les parents sont atteints dans
leur santé mentale ?**

L'équipe mobile de la Guidance petite enfance a été conçue pour se rendre dans les familles sur mandat des collègues de la Guidance. Elle prend en compte les aspects sociaux des familles et donne une place au vécu des parents. Elle est généralement plutôt bien reçue par les familles, qui donnent accès à leur lieu de vie.

Le Relais est une petite équipe de bénévoles dont les ressources sont limitées et qui ne peut pas suivre les personnes régulièrement.

Lorsque les parents ont eux-mêmes des fragilités, les enfants sont orientés vers l'association Enfants-aidants. L'association Le Relais reçoit des conjoint.es et, par l'écoute, arrive à faire prendre conscience des problèmes, mais elle n'a pas les ressources pour aider les familles, car ce sont les collaborateur/trice.s sont des bénévoles. Un nouvel outil de soins est le plan de crise conjoint.

⇒ **Question 3 : *Quels liens voyez-vous entre santé mentale et conditions sociales des familles ?***

Au Relais, certains marqueurs ont été identifiés en relation avec la santé mentale, tels que le divorce, la consommation de substances, les antécédents génétiques et épigénétiques. Les conditions sociales des familles ne sont pas réellement appréhendées, même s'ils notent une proportion importante de personnes d'origine étrangère.

La représentante de la Guidance infantile remarque que dans les situations où il y a des vulnérabilités, il y a une accumulation de stress sur les familles et il est d'autant plus important d'offrir un accompagnement global. Certaines familles sont très accaparées par le contexte social et ceci n'aide pas leur santé psychique. Les questions pratiques prennent alors beaucoup de place.

Un.e participant.e à l'atelier souligne que certaines personnes, qui ont des spiritualités différentes, ne perçoivent pas la santé mentale de manière différente.

En effet, le rapport aux fragilités mentales peut être assez tabou dans certaines familles et dans certaines cultures, ce qui ne facilite pas la prise en soins. D'autre part, la conception de soi peut également être différente et il arrive que, certains parents d'origine étrangère souhaitent que leur enfant présentant des troubles psychiques se fasse soigner dans leur pays d'origine, car ils ne veulent pas qu'il consulte chez un psychiatre. Au sein de l'équipe mobile de la Guidance petite enfance, la portée d'entrée est souvent l'acquisition du langage et la consultation se déroule avec un.e logopédiste. Cette introduction auprès des familles permet d'être acceptés. Le déplacement au sein des familles peut amener une perception moins menaçante des

soins et la possibilité de s'adapter au cadre familial. Dans certains cas, il faut être accompagnés par des interprètes.

Les participant.e.s à l'atelier voient des jeunes, mais aussi des parents avec des troubles psychiques et soulignent le cumul des difficultés dans les familles (permis de séjour, travail, logement, *etc.*) Ils estiment que la situation se péjore pour les familles et les jeunes.

⇒ **Question 4 : Quelles sont vos propositions pour davantage soutenir à la fois les personnes atteintes dans leur santé mentale et les proches ?**

Les participant.es à l'atelier émettent les propositions suivantes :

- Développer plus de places en crèche.
- Formation continue et quasi obligatoire sur la parentalité pour les parents, type Ecole des parents.
- Lutter contre les vulnérabilités sociales des familles.
- Offrir des espaces d'écoute.
- Offrir des espaces de répit aux familles.
- Offrir des services de baby-sitting
- Travailler en réseau au niveau des professionnel.les
- Soutenir la parentalité
- Proposer plus de places de stages aux jeunes
- Proposer plus d'emploi aux jeunes, notamment quand il s'agit du premier emploi.
- Lutter contre le décrochage et le harcèlement scolaire.
- Améliorer l'orientation scolaire et professionnelle des jeunes élèves.

Les participant.es soulignent le manque de moyens financiers pour la mise en œuvre de ces propositions.

LISTE DES PARTICIPANT.ES

Noms	Prénoms	Organisation
Albertini	Audrey	
Amacker	Sarah	
Benz Duborgel	Valérie	SSEJ-DIP
Biedermann	Nathalie	
Buttay	Emilie	Service des affaires sociales et du logement de Lancy
Christinaz-Bernardi	Alexandra	FOJ
Crisafulli	David	FOJ / Président Avenir Familles
De Bazignan	Carole	FAPEO
De Rudder	Vanessa	ASPAD - Astural
Duval	Julie	Etat de Genève - Département de la cohésion sociale
Erdélyi	Agnès	Le Cerf-Volant
Favre	Kevin	ORIF
Gajic Berniquet	Nathalie	Couple et Famille
Ganjour	Olga	Avenir Familles
Gärtke	Karin	Département de l'Instruction publique
Gauché	Lydie	
Gauthier	Laura	Psychothérapeute TCC
Gauthier	Romain	Avenir Familles
Gerber	David	Ville de Vernier
Girardin	Myriam	Université de Genève
Granges	Véronique	Pro Juventute
Guinard	Valérie	ORIF
Györe	Julia	ORIF
Jaques Walder	Danielle	Membre du Bureau d'Avenir Familles
Janier Alvite	Maria	SSEJ
Juvino Batista	Gleisson	Université de Genève
Kadishi	Mayiki	ORIF
Krapf	Véronique	FOJ AEMO
Kuhn	Nicolas	HUG
Lachat	Soline	Service cohésion sociale, Versoix
Lafranchi	Antonio	Le Relais
Ledermann	Anaï	Pôle périscolaire de la Fondation en faveur de la jeunesse Thônex
Lejeune	Guislain	Département de la cohésion sociale
Lothar	Cédric	ORIF
Mahot	Raphaël	Couple et Famille
Major	Ariane	Couple et Famille
Marceau	Béatrice	ORIF
Martin	Sarah	Trajets

Masood Dechevrens	Maria	Cour des comptes
Maulini	Sarah	
Mayiki	Kadishi	ORIF
Mazzocut Zecchin Meyer	Katia	Projet Emploi Jeunes - Ville de Carouge
Mazzola	Lucie Jenny	Le Biceps
Molina	Sandra	FOJ
Ortiz	Sophie	Croix-Rouge Genève
Patry	Sophie	SSEJ
Pereira	Andrea	Association Minds
Peradotto	Julie	CFPP
Péter-Contesse	Aurélie	Fondation 022 Familles
Puhl-Leavy	Emma	Heds laboratoire santé de l'enfant, de l'adolescent et de la famille
Quadri	Francesco	Cerf-Volant
Renaud	Dominique	
Reverdin-Raffestin	Sylvie	Membre du Bureau d'Avenir Familles
Santiard Reymond	Corinne	HUG - Unité de psychiatrie du jeune adulte
Siddiqi	Isabella	Association Happy Together
Slaoui	Soraya	OFPC
Taront	Charlotte	
Tarrit	Sylvain	Mouvement populaire des Familles
Thion	Gaëlle	Conseillère sociale DIP
Tissières	Shâna	Psychologue
Thorens	Fabienne	
Vermeulen	Fabienne	CAPAS
Vial	Muriel	Enfants-aidants
Voriot-Grandguillot	Céline	Couple et Famille
Waelti-Baume	Nathalie	
Weimer	Eugenia	Arcades sages-femmes indépendantes
Zampoleri	Petra	ORIF
Zufferey	Marie-Eve	Avenir Familles