

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Cycle de vie familiale, échec dans la résolution des tâches développementales et apparition de  
l'anorexie à l'adolescence

Par

Marie-France Bradley

Mémoire présenté à la Faculté d'éducation

en vue de l'obtention du grade de

Maître es sciences (M.Sc.)

Juillet 2008

© Marie-France Bradley, 2008

v - 736



Library and  
Archives Canada

Bibliothèque et  
Archives Canada

Published Heritage  
Branch

Direction du  
Patrimoine de l'édition

395 Wellington Street  
Ottawa ON K1A 0N4  
Canada

395, rue Wellington  
Ottawa ON K1A 0N4  
Canada

*Your file Votre référence*  
*ISBN: 978-0-494-42933-4*  
*Our file Notre référence*  
*ISBN: 978-0-494-42933-4*

**NOTICE:**

The author has granted a non-exclusive license allowing Library and Archives Canada to reproduce, publish, archive, preserve, conserve, communicate to the public by telecommunication or on the Internet, loan, distribute and sell theses worldwide, for commercial or non-commercial purposes, in microform, paper, electronic and/or any other formats.

The author retains copyright ownership and moral rights in this thesis. Neither the thesis nor substantial extracts from it may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

**AVIS:**

L'auteur a accordé une licence non exclusive permettant à la Bibliothèque et Archives Canada de reproduire, publier, archiver, sauvegarder, conserver, transmettre au public par télécommunication ou par l'Internet, prêter, distribuer et vendre des thèses partout dans le monde, à des fins commerciales ou autres, sur support microforme, papier, électronique et/ou autres formats.

L'auteur conserve la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent cette thèse. Ni la thèse ni des extraits substantiels de celle-ci ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

---

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms may have been removed from this thesis.

Conformément à la loi canadienne sur la protection de la vie privée, quelques formulaires secondaires ont été enlevés de cette thèse.

While these forms may be included in the document page count, their removal does not represent any loss of content from the thesis.

Bien que ces formulaires aient inclus dans la pagination, il n'y aura aucun contenu manquant.

■+■  
**Canada**

## RÉSUMÉ DE MÉMOIRE POUR DÉPARTEMENT

Ce mémoire par article comprend en fait deux articles soumis pour publication à la revue *Thérapie familiale*. Le premier article s'intitule *Cycle de vie familiale, échec dans la résolution des tâches développementales et apparition de l'anorexie à l'adolescence*. Il présente une synthèse des principaux écrits sur la question des stades développementaux des familles, en relatant l'historique de cette approche conceptuelle, sa pertinence, ses avantages, mais également ses limites. Ensuite sont décrits explicitement les différents stades développementaux des familles selon les principaux cliniciens dans le domaine, en relevant les tâches propres à chaque stade. Enfin, la dernière partie de l'article tente d'établir un lien entre le cumul des échecs développementaux des familles et l'apparition de comportements symptomatiques chez un membre d'une famille, plus particulièrement l'anorexie mentale chez les adolescentes. Le second article se nomme *Étude sur la résolution des tâches développementales chez les familles d'adolescents présentant une dysfonction alimentaire*. Celui-ci fait suite au premier article en présentant une étude effectuée auprès d'une population clinique d'adolescents anorexiques. L'objectif de cette étude vise à identifier, chez des familles comprenant un(e) adolescent(e) anorexique(e) (n=9), les différentes tâches développementales difficilement résolues en les comparant à un échantillon de familles issues d'un groupe comparatif populationnel (n=11). Les résultats démontrent que les familles d'anorexiques sont davantage exposées à des échecs dans leurs tâches développementales familiales. Également, les difficultés développementales s'accroissent en nombre plus la famille évolue dans le temps. Enfin, les échecs développementaux caractérisant les familles d'anorexiques peuvent être regroupés autour de certains thèmes, dont notamment le couple parental, l'autonomisation et la socialisation des enfants.

**Mots-clés :** famille – cycle de vie familiale – stades développementaux – tâches développementales – échec développemental – psychopathologie – anorexie mentale

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Faculté d'éducation

Cycle de vie familiale, échec dans la résolution des tâches développementales et  
apparition de l'anorexie à l'adolescence

Marie-France Bradley

Ce mémoire par article a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

**Robert Pauzé**

Directeur de recherche

**Luc Touchette**

Autre membre du jury

**Myriam Laventure**

Autre membre du jury

Mémoire par article accepté le 3 juin 2008

## TABLE DES MATIÈRES

IDENTIFICATION DU JURY.....	2
LISTE DES TABLEAUX.....	5
DÉDICACE.....	6
REMERCIEMENTS.....	7
SOMMAIRE.....	9
PROBLÉMATIQUE.....	11
ARTICLE 1.....	15
Résumé.....	16
Introduction.....	17
Première partie : Le concept de cycle de vie familiale : sa pertinence, ses avantages et ses limites.....	17
<b>Évolution de la notion de cycle de vie familiale.....</b>	17
<b>Pertinence du concept du cycle de la vie familiale.....</b>	18
<b>Avantages de l'approche du cycle de vie familiale.....</b>	20
<b>Limites de l'approche du cycle de la vie familiale.....</b>	20
<b>Les principaux stades développementaux des familles selon les cliniciens.....</b>	22
<i>Premier stade : le départ de la maison du jeune adulte célibataire.....</i>	23
<i>Deuxième stade : la formation du couple.....</i>	24
<i>Troisième stade : la famille avec de jeunes enfants.....</i>	25
<i>Quatrième stade : la famille avec des adolescents.....</i>	28
Deuxième partie : La relation entre la non-résolution des tâches développementales des familles et l'apparition de conduites symptomatiques chez un des membres de la famille.....	30

<b>État des connaissances actuelles</b> .....	30
<b>La relation entre les échecs développementaux des familles et l'apparition de l'anorexie mentale à l'adolescence</b> .....	32
Références bibliographiques.....	34
 ARTICLE 2.....	37
Résumé.....	38
Introduction.....	39
Méthodologie.....	40
<b>Participants</b> .....	40
<b>Instrument de mesure</b> .....	41
<b>Collecte des données</b> .....	43
<b>Analyse des données</b> .....	43
Résultats.....	43
Discussion.....	46
Conclusion.....	48
Références bibliographiques.....	50
 CONCLUSION: IMPLICATION POUR LA PRATIQUE.....	53
 ANNEXE A – QUESTIONNAIRE QSDF AVEC SEUILS CLINIQUES.....	55
 ANNEXE B – RESULTATS BRUTS PAR QUESTIONS.....	67
 ANNEXE C – RÉSULTATS BRUTS PAR SOUS-EHELLES.....	88
 ANNEXE D – RECENSION D'ECRITS SUR LES FACTEURS FAMILIAUX DE L'ANOREXIE NERVEUSE.....	93
 ANNEXE E – NORMES DE PRÉSENTATION DE LA REVUE CHOISIE POUR SOUMETTRE LES ARTICLES.....	121

## LISTE DES TABLEAUX

### ARTICLE 2

Tableau I:	Les quatre premiers stades développementaux des familles et les catégories de tâches développementales associées.....	42
Tableau II:	Tâches développementales non résolues chez les familles anorexiques dans chacun des stades développementaux investigués.....	44

### ANNEXE B

Tableau 3 :	Résultats bruts par questions (familles groupe anorexique).....	68
Tableau 4 :	Résultats bruts par questions (familles groupe témoin).....	78

### ANNEXE C

Tableau 5 :	Résultats bruts par sous-échelles (familles groupe anorexique).....	89
Tableau 6 :	Résultats bruts par sous-échelles (familles groupe témoin).....	91

### ANNEXE D

Figure 1 :	Facteurs familiaux de l'anorexie nerveuse.....	114
------------	--	-----

## DÉDICACE

Je désire dédier mon mémoire au souvenir de mon père, Pierre Bradley. Au début de ma maîtrise, celui-ci m'a démontré sa fierté et m'a grandement encouragée dans la poursuite de ce processus ardu, quoiqu'extrêmement enrichissant. Ayant lui-même réalisé une maîtrise en pharmacologie, il a su me transmettre sa passion pour la recherche, sa rigueur de même que sa persévérance. Malgré le fait qu'il n'ait pu m'accompagner jusqu'à la fin de ma maîtrise, je garde en mémoire les conversations que nous avons eues et qui nous ont permis de partager sur un thème et un intérêt communs...



## REMERCIEMENTS

Tout d'abord, je désire sincèrement remercier M. Robert Pauzé, mon directeur de recherche. Celui-ci a été un guide tout au long de ce processus, mais il a aussi été d'une aide et d'un soutien incomparables. Son optimisme inébranlable, sa disponibilité et son extrême patience m'ont permis de faire face aux découragements et aux difficultés qui ont ponctué ces trois années d'études. Sa grande rigueur, son encadrement de même que nos nombreuses discussions m'ont également permis de cheminer en tant que future psychoéducatrice et je lui en suis très reconnaissante.

Je veux également remercier spécialement toutes les familles qui ont accepté de participer au projet de recherche, particulièrement celles suivies à la Clinique des troubles alimentaires du CHUS. Celles-ci, malgré les difficultés et les crises vécues à cause de la maladie de leur enfant, ont tout de même accepté de donner de leur temps et de partager leur réalité présente et passée. Il importe également de souligner la collaboration de l'équipe médicale de la clinique, soit plus particulièrement le Dr Éric Lavoie et le Dr Caroline Pesant, qui ont mis temps et énergie à ma disposition lors de ma collecte de données.

Je voudrais aussi remercier mon conjoint Dominique Lequin pour son extrême patience durant ces années de travail. Son soutien et son écoute ont constitué pour moi un support majeur et je lui en suis très reconnaissante. Je veux aussi remercier Geneviève Dionne pour ses conseils judicieux ainsi que son aide lors de la rédaction de mon projet de recherche. Véronique Gamache m'a également fourni un soutien précieux en participant à la collecte de données auprès du groupe témoin et je la remercie pour sa disponibilité. Enfin, je désire remercier Thierno Diallo pour son aide au plan statistique.

En terminant, je désire remercier toutes les personnes ayant pu contribuer de près ou de loin à ce projet, sans oublier le support financier des Fonds Québécois de la recherche sur la société et la culture, de même que le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada.

## SOMMAIRE

Ce mémoire de maîtrise comprend deux articles. Le premier article constitue une recension d'écrits sur la théorie du cycle de vie familiale. À l'intérieur de cet article, les écrits soutenant l'hypothèse d'un possible lien entre les échecs développementaux et l'apparition de conduites symptomatiques chez un membre de la famille sont également recensés. Le second article, pour sa part, tente de vérifier l'application concrète de cette dernière hypothèse en effectuant une étude sur les familles comprenant un(e) adolescent(e) anorexique quant à leur propre résolution des tâches développementales familiales. Le but de cette étude est donc de vérifier si les familles d'anorexiques (n=9) présentent davantage de tâches développementales non résolues comparativement à un échantillon de familles provenant de la population (n=11). La nature des échecs développementaux constitue également un sujet d'intérêt. Les familles cliniques ont été recrutées à la Clinique des troubles alimentaires du Centre Hospitalier Universitaire de Sherbrooke (CHUS).

Les deux articles ont été conçus et réalisés par Marie-France Bradley, qui est la première auteure. M. Robert Pauzé, directeur de recherche et second auteur, a assumé un rôle de supervision étroite à toutes les étapes de la rédaction, lors de l'élaboration de l'instrument de recherche, la collecte de données de même que l'analyse des résultats.

Dans les pages suivantes, on retrouve en premier lieu l'explication de la problématique et ensuite les deux articles, tels que soumis à la revue *Thérapie Familiale*, une revue internationale centrée sur l'approche systémique. Le premier article débute par la présentation du concept du cycle de la vie familiale. Cette partie aborde notamment l'évolution de la théorie, sa pertinence, ses avantages ainsi que ses limites. Ensuite sont élaborés explicitement les quatre premiers stades développementaux de la famille, soit a) le départ de la maison du jeune adulte célibataire, b) la formation du couple, c) la famille avec de jeunes enfants et d) la famille avec des adolescents. La seconde partie de cet article aborde de façon

plus précise la relation entre les échecs développementaux dans la famille et l'apparition de conduites symptomatiques chez un membre de cette famille. On y fait donc en premier lieu l'état des connaissances actuelles sur cette hypothèse et la fin de l'article aborde plus précisément la problématique de l'anorexie nerveuse en y soulignant les difficultés développementales caractéristiques chez ces familles. Le deuxième article débute par une introduction qui fait le pont avec l'article précédent. Les sections qui suivent sont la méthodologie, les résultats, la discussion et la conclusion. Suivant les articles, une brève conclusion sur l'impact de cette étude au plan clinique clôt le tout. Le questionnaire, créé pour les fins de cette étude, est présenté à l'annexe A avec les seuils cliniques utilisés. L'annexe B et C comprennent les résultats bruts des différents répondants, d'abord à chaque question, puis ensuite par sous-échelle. Enfin, l'annexe D comprend une recension d'écrits sur les facteurs familiaux de l'anorexie nerveuse et l'annexe E présente les normes de publication de la revue *Thérapie familiale*.

## PROBLÉMATIQUE

L'anorexie nerveuse touche une adolescente sur 200 âgée entre 15 et 19 ans (Robin, 1999), ce qui en fait le trouble alimentaire le plus souvent rencontré chez les personnes âgées entre 8 et 18 ans (Cook-Darzens, 2002). Malgré le fait que les désordres alimentaires soient nettement plus fréquents chez les filles, les garçons ne sont toutefois pas à l'abri de cette psychopathologie. Ceux-ci constituent entre 0,03 % et 10 % des patients selon les différentes études, proportion qui tend à augmenter chez les sujets plus jeunes (Cook-Darzens, 2002). L'incidence de cette problématique est estimée à 8,1 nouveaux cas par 100 000 personnes à chaque année (Garner, 2004). Outre sa prévalence importante, la nature potentiellement létale et invalidante de ce trouble alimentaire affecte autant le développement global des patientes atteintes que celui de leur famille (Cook-Darzens, 2002).

Les critères diagnostiques utilisés par le DSM-IV-TR (American Psychiatric Association; APA, 2003) pour confirmer la présence d'une anorexie nerveuse sont les suivants:

1. Un refus de maintenir un poids minimal normal selon l'âge et la grandeur (un poids se situant à 85 % du poids attendu);
2. Une peur intense et persistante de prendre du poids, de devenir obèse (cette peur ne disparaît pas avec la perte pondérale);
3. Une distorsion de l'image corporelle, une influence exagérée du poids ou de la perception du corps sur l'estime de soi ou un déni de la perte de poids sérieuse;
4. Une aménorrhée (absence de menstruation pour au moins trois cycles menstruels).

Toujours selon les informations présentées dans le DSM-IV-TR (APA, 2003), on retrouve deux sous-types d'anorexie, soit le type restrictif et le type boulimique. Le premier se caractérise par des conduites alimentaires restrictives

non accompagnées de comportements boulimiques ou purgatifs réguliers, alors que le second se décrit également par des conduites alimentaires restrictives, mais accompagnées de façon régulière par des comportements boulimiques et/ou des vomissements induits ou l'utilisation de purgatifs. Ces deux sous-types se distinguent non seulement sur le plan des conduites alimentaires adoptées, mais également au niveau des facteurs de risque familiaux associés et du pronostic. En effet, il appert que les anorexiques de type boulimique proviennent de familles dont le fonctionnement familial présenterait davantage de lacunes (Casper et Troiani, 2001; North, Gowers et Byram, 1995). D'autre part, il est reconnu qu'elles seraient des patientes plus difficiles à traiter en psychothérapie comparativement aux anorexiques restrictives (Bruch, 1978; Bulik, Sullivan, Carter, McIntosh et Joyce, 1999, dans Garner, 2004).

La plupart des chercheurs envisagent l'anorexie comme une maladie multi-déterminée (Walsh et Scheinkman, 1993; Martin, 1989; Lindberg et Hjern, 2003; Lyon, Chatoor, Atkins, Silber, Mosimann et Gray, 1997). Elle serait associée tant à des facteurs biologiques, psychologiques, familiaux, sociaux que culturels, lesquels interagissent à divers degrés (Martin, 1989; Cook-Darzens, 2002).

Un des premiers faits saillants concernant cette maladie est qu'elle survient généralement au moment de l'entrée dans la période de l'adolescence. Elle est donc considérée par les auteurs à la fois comme une réponse à une crise transitionnelle individuelle (Bruch, 1978) et une réponse à une crise transitionnelle familiale (Minuchin, Rosman et Baker, 1978).

Sur le plan individuel, l'anorexie constituerait un indice révélant chez l'adolescente des difficultés à affronter les tâches développementales normales de l'adolescence: faire face aux changements physiques associés à la puberté, fonctionner de façon autonome, acquérir une certaine indépendance à l'égard de sa famille et s'affirmer dans ses relations (Garner et Garfinkel, 1982; Bruch, 1978).

Au niveau familial, il est reconnu que la famille joue un rôle déterminant non seulement sur le plan de l'étiologie de la maladie, mais également au niveau du pronostic dans le traitement. Dans les faits, on observe que les anorexiques provenant de familles dysfonctionnelles ou émotionnellement désengagées ont un devenir et un pronostic moins favorables, tant à court qu'à long terme, comparativement aux patients issus de familles mieux équilibrées. De plus, on note que la sévérité des bouleversements familiaux est associée à une moins bonne adhésion à la thérapie et conséquemment à un plus grand risque d'abandon précoce des démarches curatives. Enfin, l'évolution de la maladie est fortement corrélée à la progression de la qualité dans les relations entre les membres de la famille. Ainsi, des relations familiales grandement perturbées exacerberaient le risque d'une évolution chronique et limiteraient la disponibilité de ces familles à l'aide thérapeutique nécessaire (Cook-Darzens, 2002). L'anorexie est également perçue comme un indice de la difficulté de la famille à faire face à la transition vers l'adolescence (Minuchin *et al.*, 1978). Ainsi, l'apparition de la pathologie serait généralement considérée comme un indice que la famille a été incapable d'ajuster son fonctionnement suite aux changements inéluctables associés à l'entrée dans l'adolescence de l'enfant. La famille a réagi aux demandes de changements par la réification de sa structure. Par ailleurs, cette difficulté des familles d'anorexiques à résoudre les tâches développementales normales et prévisibles associées à l'entrée dans l'adolescence résulterait, selon Root, Fallon et Friedrich (1986) de problèmes rencontrés par la famille lors des stades précoces de son développement, soit durant de la formation du système familial et au moment de l'entrée des enfants à l'école. Les difficultés développementales de ces familles au cours de leur histoire contribueraient donc à rendre celles-ci plus vulnérables lors de la transition vers l'adolescence. Également, différentes observations réalisées auprès des familles ont amené Garner et Garfinkel (1982) à conclure que les familles des adolescentes anorexiques ne les prépareraient pas adéquatement à affronter les tâches développementales associées à l'entrée dans l'adolescence.

Bien qu'il y ait un consensus entre les auteurs concernant le fait que l'anorexie serait l'aboutissement d'un processus évolutif tant sur le plan individuel que familial, très peu de chercheurs ont, à notre connaissance, porté leur attention sur l'influence du processus développemental des familles sur l'apparition de l'anorexie à l'adolescence. L'objectif de la présente étude vise donc à documenter le processus évolutif de ces familles et ensuite identifier chez les familles d'anorexiques les tâches développementales n'ayant pu être résolues de façon satisfaisante au cours de leur évolution, en les comparant à un groupe témoin populationnel. Une meilleure connaissance du développement de ces familles pourrait ainsi nous fournir des pistes intéressantes dans le domaine de l'intervention et contribuer éventuellement à l'amélioration des traitements.



**Article 1:**

**Cycle de vie familiale, échec dans la résolution des tâches  
développementales et apparition de l'anorexie à l'adolescence**

**Auteurs :**

**Marie-France Bradley <sup>1</sup>**

**Robert Pauzé <sup>2</sup>**

**Adresse de correspondance :**

**Robert Pauzé**

**Faculté d'éducation**

**Université de Sherbrooke**

**Sherbrooke, Québec, Canada, J1K 2R1**

---

<sup>1</sup> Étudiante à la maîtrise en psychoéducation, Université de Sherbrooke, Québec, Canada

<sup>2</sup> Ph.D., psychologue et professeur au département de psychoéducation, Université de Sherbrooke, Québec, Canada

**Résumé:** *Cycle de vie familiale, échec dans la résolution des tâches développementales et apparition de l'anorexie à l'adolescence.* – Les auteurs présentent une synthèse des principaux écrits sur la question des stades développementaux des familles, en relatant l'historique de cette approche conceptuelle, sa pertinence, ses avantages, mais également ses limites. Ensuite sont décrits explicitement les différents stades développementaux des familles selon les principaux cliniciens dans le domaine, en relevant les tâches propres à chaque stade. Enfin, les auteurs tentent d'établir un lien entre le cumul des échecs développementaux des familles et l'apparition de comportements symptomatiques chez un membre d'une famille, plus particulièrement l'anorexie mentale chez les adolescentes.

**Mots-Clés :** famille – cycle de vie familiale – stades développementaux – tâches développementales – échec développemental – psychopathologie – anorexie mentale

**Summary:** *Family life cycle, failure to resolve developmental tasks and the appearance of anorexia nervosa during adolescence.* – The authors present a synthesis of the main papers on the question of developmental stages in families, by telling the history of this conceptual approach, its relevance, its advantages, but also its limits. Then, according to the main clinicians in this particular field, the authors explicitly describe the various developmental family stages by listing their inherent tasks. Finally, they try to establish a link between the accumulation of developmental failures in a family and the appearance of symptomatic behaviours from a family member, more particularly anorexia nervosa in adolescent girls.

**Key Words:** family – family life cycle – developmental stages – developmental tasks – developmental failure – psychopathology – anorexia nervosa

**Resumen:** *Ciclo de vida familiar, fracaso en la resolución de las tareas del desarrollo y aparición de la anorexia en la adolescencia.* – Los autores presentan una síntesis de los principales trabajos sobre la cuestión de las fases del desarrollo de las familias, relatando la historia de este enfoque conceptual, su pertinencia, sus ventajas y sus límites. Después se describen explícitamente las distintas fases del desarrollo de las familias según los principales especialistas en el dominio, relevando las tareas propias de cada fase. Finalmente, los autores intentan establecer el lazo entre la acumulación de fracasos en el desarrollo de las familias y la aparición de comportamientos sintomáticos en uno de sus miembros, más particularmente la anorexia mental en las adolescentes.

**Voz guía o Palabras clave:** familia – ciclo de vida familiar – fases del desarrollo – tareas del desarrollo – fracaso del desarrollo – psicopatología – anorexia mental

## INTRODUCTION

Toutes les familles traversent divers stades développementaux au cours de leur histoire. Les principaux stades reconnus sont le départ de la maison du jeune adulte célibataire, la formation du couple, l'arrivée des enfants, l'entrée des enfants dans l'adolescence, le départ des enfants de la famille, la retraite des parents. À chacun de ces stades sont associées des tâches développementales précises. Par exemple, lors de l'arrivée des enfants dans la famille, les parents doivent notamment décider de pratiques éducatives communes, se soutenir mutuellement dans l'exercice des rôles parentaux et assurer un équilibre entre leur vie conjugale et familiale. Toutes les familles doivent donc tenter de résoudre ces différentes tâches développementales au fil de leur évolution afin d'assurer un fonctionnement familial optimal. Cependant, la plupart des familles rencontrent à un moment ou l'autre de leur histoire des difficultés à résoudre une ou des tâches développementales. Puisque la résolution de chaque tâche développementale permet à la famille de développer les compétences adaptatives nécessaires pour affronter ultérieurement d'autres tâches souvent reliées et plus complexes, la non-résolution de certains éléments développementaux rend la famille plus vulnérable à de nouvelles tâches. En outre, on note qu'un cumul de tâches développementales non résolues est associé à un dysfonctionnement familial croissant et à une probabilité plus élevée que la famille soit confrontée à des pathologies et des crises familiales sévères (Pauzé et Charbouillot, 2001). Ces familles sont entre autres plus sujettes à être confrontées à des crises structurales (Pauzé et Touchette, 2006).

Le présent article comprend deux parties distinctes. En premier lieu, nous ferons état des principales connaissances établies par la littérature concernant la question des stades développementaux des familles et des tâches qui y sont associées. En second lieu, nous discuterons de l'hypothèse liant la non-résolution de certaines tâches développementales par les familles avec l'apparition de conduites symptomatiques chez un des membres du système familial, plus particulièrement l'anorexie mentale chez les adolescentes.

### PREMIÈRE PARTIE : LE CONCEPT DE CYCLE DE VIE FAMILIALE : SA PERTINENCE, SES AVANTAGES ET SES LIMITES

Le concept de *cycle de vie familiale* est défini comme étant un système catégorique qui consiste à découper de façon opérationnelle le développement familial en de multiples segments (les stades) représentant la famille lorsque ses membres assument des rôles particuliers (Mattessich et Hill, 1987, dans Kapinus et Johnson, 2003). Typiquement, ces stades se définissent par la présence et l'âge des enfants dans la maisonnée (Kapinus et Johnson, 2003).

#### 1. Évolution de la notion de cycle de vie familiale

L'approche développementale de la famille a d'abord été conçue au cours des années 50 par le sociologue Duvall (1977, dans Gerson, 1995), qui a divisé le cycle de vie familiale en huit stades, tous reliés à des événements nodaux qui

concernent souvent des arrivées et des départs dans la famille (notamment le mariage, la naissance des enfants, le départ des enfants de la maison, la retraite et le décès). Il s'agit selon McGoldrick et Carter (1988) du modèle le plus largement accepté du développement de la famille. Rodgers (1960, dans Gerson, 1995) a ensuite élaboré davantage le modèle de Duvall en proposant 24 stades distincts. Solomon (1960, dans Gerson, 1995) pour sa part a été l'un des premiers cliniciens à utiliser dans sa pratique la perspective du cycle de vie familiale. Il a proposé un modèle comprenant cinq stades destiné à cibler le type de changement nécessaire aux familles en thérapie. Haley a de son côté popularisé l'utilisation du cycle de vie familiale en contexte clinique de thérapie familiale. Selon Sholevar (2003), Haley s'est servi de ce cadre conceptuel pour améliorer la compréhension de problèmes cliniques familiaux en reliant les comportements symptomatiques d'un membre de la famille aux difficultés de la famille à passer d'un stade développemental à un autre. Enfin, le modèle le plus complet et le plus cité dans la littérature reste sans aucun doute celui développé par McGoldrick et Carter (1980, dans Gerson, 1995; 1988 et 2005). En s'appuyant sur les différents modèles évolutifs que nous venons de citer, McGoldrick et Carter ont proposé à leur tour leur propre modèle, basé sur l'observation de familles américaines de la classe moyenne. Ces auteurs ont divisé le cycle de vie familiale en six stades, chacun comprenant des défis émotionnels et organisationnels spécifiques. Ce modèle évolutif des familles est présenté plus loin.

Ayant vu le jour au début des années 50, le concept de cycle de vie familiale a dû s'adapter aux profonds changements sociaux des dernières décennies qui ont contribué à modifier la nature même de la famille nord-américaine. Ainsi, McGoldrick et Carter (1999, dans Timm et Blow, 2005) croient que le cycle de vie familiale est devenu avec les années de plus en plus complexe et que plusieurs événements du cycle de vie ne peuvent plus être considérés universels. Aldous (1996) et McGoldrick et Carter (2005) soutiennent que les familles d'aujourd'hui sont extrêmement variées et la famille nucléaire ne constitue plus la norme. La monoparentalité et les recompositions familiales sont de plus en plus nombreuses, le divorce constitue la fin de nombreux mariages, les unions homosexuelles jouissent d'une meilleure visibilité, certains couples ne désirent pas d'enfant, des personnes seules fondent une famille et la norme américaine est maintenant les ménages à double revenu. L'impact de la culture et des conditions socio-économiques actuelles sur le cycle de vie familiale sont également d'autres aspects non négligeables. De toute évidence, l'ensemble des familles ne suivent donc pas la même séquence d'événements. Walsh (2003) affirme toutefois que malgré cette diversité, la recherche confirme qu'il y a un potentiel de fonctionnement sain dans une variété de modèles familiaux.

## **2. Pertinence du concept du cycle de la vie familiale**

Le portrait dressé ci-haut pourrait mettre en doute la pertinence d'une approche aussi globale que le cycle de vie familiale. Or, malgré la diversité importante que connaît la réalité familiale contemporaine, certains principes fondamentaux demeurent relativement inaltérés. Ainsi, Kapinus et Johnson (2003) soutiennent que même de nos jours, la plupart des adultes se marient, une majorité des couples mariés fondent une famille et il est encore vrai que la moitié des

mariages ne se soldent pas par un divorce (Martin et Bumpass, 1989, dans Kapinus et Johnson, 2003). McGoldrick et Carter (2003; 2005) abondent dans le même sens en indiquant qu'il est encore possible de dégager des principes unificateurs chez les différents types de famille, qui définissent des stades comprenant des tâches distinctes. Cela est également appuyé par Gerson (1995) qui stipule que les grandes lignes du développement familial restent inchangées à travers les générations. Aldous (1996) rejoint également cette voie en soutenant que les familles qui se trouvent au même stade développemental rencontrent des défis similaires et ce, peu importe leur ethnie, leur niveau socio-économique ou leur composition. Ce sont ces éléments communs qui fondent l'approche du cycle de vie familiale et qui rendent pertinente l'analyse des stades pour mieux comprendre les familles. Il importe cependant de préciser que McGoldrick et Carter (2005) ne rejettent pas un concept flexible de stades prédictibles avec des tâches émotionnelles appropriées pour les individus et les groupes familiaux selon leur structure, leur milieu culturel et l'époque historique actuelle.

Kapinus et Johnson (2003) ajoutent que le cycle de vie familiale, défini par la présence et l'âge des enfants, demeure un précieux outil pour l'analyse de plusieurs expériences de couple. Ainsi, lorsque les enfants s'ajoutent à une famille et se développent, l'effet de leur présence sur la structure de la famille évolue avec eux. Les enfants ont donc un impact sur plusieurs dimensions de la vie de famille et cet effet varie en fonction de leur âge.

Au niveau de la recherche, Kapinus et Johnson (2003) soulignent que le fait de savoir qu'une famille a des enfants et de connaître leur âge peut fournir des renseignements importants aux cliniciens sur les demandes auxquelles cette famille fait face à cette étape de son développement. Ces auteurs ont également réalisé une étude visant à connaître l'effet véritable du cycle de la vie familiale en contrôlant des variables connexes, soit l'âge et la durée de la relation conjugale. Les résultats de leur étude ont démontré que le contrôle des variables citées précédemment diminue l'effet du cycle de vie familiale seulement lorsque l'on regarde des aspects peu liés à la structure familiale. Au contraire, en observant des domaines liés à la relation maritale, l'effet du cycle de vie familiale est robuste. Les auteurs concluent donc que le concept de cycle de vie familiale constitue un outil pertinent tant au niveau théorique qu'empirique. De son côté, Gerson (1995) soutient que les thérapeutes peuvent en apprendre beaucoup sur les familles et leur fonctionnement en observant comment elles gèrent les difficultés associées aux différentes transitions du cycle de vie. Toutefois, l'auteur considère que ce concept est davantage un outil conceptuel permettant une meilleure compréhension des familles qu'un schéma de classification destiné à des fins de recherche. Il justifie ses propos par le fait que les transitions d'un stade à l'autre ne sont pas délimitées clairement et qu'elles peuvent durer plusieurs années durant lesquelles les stades se chevauchent.

Enfin, Zilbach (2003) conclut en soutenant que le cycle de vie familiale demeure le modèle théorique dominant au tournant du 21<sup>ème</sup> siècle. Toujours plus de praticiens l'utilisent pour mieux comprendre la complexité du développement normal, mais également l'impact de multiples phénomènes cliniques sur le cours

du cycle de vie familiale. Ainsi, du point de vue de tous ces auteurs, le cycle de vie familiale constitue un outil précieux pour une meilleure compréhension des familles et des individus, tant d'un point de vue clinique que scientifique, malgré une conceptualisation parfois difficile dans le domaine de la recherche.

### **3. Avantages de l'approche du cycle de vie familiale**

Plusieurs auteurs reconnaissent les avantages liés à l'utilisation du modèle théorique du cycle de vie familiale. Ainsi, Zilbach (2003) soutient qu'un tel outil est applicable avec plusieurs types de famille et peut convenir à de multiples réalités culturelles. McGoldrick et Carter (2005) soutiennent ce point de vue et ajoutent qu'une telle flexibilité provient sans doute de la pluralité des approches qui ont servi à élaborer le modèle du cycle de vie familiale. Ainsi, ce cadre conceptuel a émergé d'un croisement entre la sociologie, la démographie, la psychologie et l'histoire, ce qui lui confère une flexibilité conceptuelle permettant son adaptation à divers contextes.

Sur le plan clinique, Dankoski (2001) dénote l'importance de cette approche dans la phase d'évaluation, puisqu'elle permet d'établir rapidement des hypothèses initiales sur les expériences vécues par les différents membres de la famille. Aldous (1996) note également que le praticien ou le chercheur au fait des tâches développementales sera mieux outillé pour déceler les vulnérabilités particulières des familles selon le stade où elles se trouvent. Elle ajoute qu'il est possible pour les professionnels de faire des prédictions quant aux comportements qu'adoptera une famille selon le moment de son développement. Ainsi, en connaissant le stade où se situe la famille, on peut avoir des attentes quant à diverses caractéristiques générales, telles que le niveau financier, l'occupation professionnelle de la mère, le niveau de conflits conjugaux, les tensions parents-enfants, etc.. Également, des auteurs soutiennent que l'une des conséquences importantes d'utiliser un tel cadre est que cela normalise les difficultés de même que les luttes des individus, des familles et des couples à travers le temps. L'approche permet donc de décrire les crises familiales et individuelles d'une façon moins pathologique, facilement compréhensible et mieux acceptée par tous (Dankoski, 2001; Gerson, 1995).

Enfin, Aldous (1996) ajoute qu'une telle vision en étapes du développement de la famille sert trois fonctions (Hagestad, 1986, dans Aldous, 1996). Tout d'abord, cela donne une impression de prévisibilité qui rassure et réconforte. Ensuite, cela permet d'avoir des standards de comparaison qui peuvent permettre de réaliser le chemin parcouru par la famille dans le temps. Enfin, en ayant un ordre attendu des événements à venir, les différents changements qui surviennent lors des transitions entre les stades causent un stress de moindre importance et induisent moins de crises.

### **4. Limites de l'approche du cycle de la vie familiale**

L'approche du cycle de la vie familiale comporte aussi ses détracteurs qui doutent de sa pertinence et de son utilité dans le contexte de la société actuelle. Ainsi, Kapinus et Johnson (2003) citent dans leur article deux études ayant remis en question l'utilité empirique des stades de vie familiale au-delà des effets

d'autres variables associées, soit l'âge et la durée du mariage (Nock, 1979; Spanier, Sauer et Larzelere, 1979, tous dans Kapinus et Johnson, 2003). Cependant, les auteurs mettent en lumière que les deux études ont investigué essentiellement des variables démographiques, donc peu liées au contexte familial, ce qui pourrait expliquer leurs résultats. Les auteurs citent également Mattessich et Hill (2001, dans Kapinus et Johnson, 2003) qui soutiennent le besoin d'une meilleure opérationnalisation du processus de développement familial. Pour sa part, Erickson (1998) énumère cinq problèmes associés à la vision du cycle de vie familiale :

1° *Le manque de fondement de l'approche* : l'auteur considère que l'approche tient du mythe, mais qu'elle occupe aujourd'hui le statut de vérité incontestée. Selon Erickson (1998), la diversité des familles d'aujourd'hui ne cadre pas dans les nombreuses contraintes associées à cette approche, ce qui entraîne un échec à conceptualiser la famille dite « post-moderne ». L'auteur reconnaît que McGoldrick et Carter ont révisé à de multiples reprises leur travail sur le cycle de vie familiale en reconnaissant la nature changeante de la famille et en considérant les différences dans le genre et la culture des familles. Cependant, il déplore qu'elles aient conservé intact le fait de se fier aux stades du cycle de vie familiale et les idées normatives qui s'y rattachent. Or, dans la réalité contemporaine, bien peu de familles cadrent parfaitement dans les stades normatifs proposés par la théorie (M. Gergen, 1990; Rice, 1994, tous dans Erickson, 1998).

2° *Les déficits dans les comparaisons et les concepts normatifs* : en énumérant les différents stades traversés par les familles, en leur associant des défis particuliers et en illustrant ce à quoi la famille devrait ressembler à chaque stade, les auteurs ont contribué à créer un modèle très strict, limitant et oppressant, dictant comment les familles « devraient » être. Également, Erickson (1998) soutient que le modèle se centre sur les déficits lorsqu'il compare les familles avec les modèles normatifs établis. La centration se poursuit ensuite en établissant les divers problèmes encourus par de tels déficits. L'ironie tient selon l'auteur au fait que bien peu de familles cadrent dans les standards fixés, ce qui conduit ultimement les cliniciens et les chercheurs à adopter une vision négative des familles, seulement en regard de leurs lacunes. Le danger d'une telle vision est de considérer ces standards comme l'unique voie à suivre pour toutes les familles.

3° *La marginalisation et la disqualification de l'expérience des femmes* : Erickson (1998) cite divers auteurs ayant noté la présence dans ce paradigme de biais implicites tant au niveau du genre, des classes sociales que de l'ethnie (Ault-Rich, 1986; Bernades, 1993; M. Gergen, 1990; Hare-Mustin, 1986; Rice, 1994; Walters, Carter, Papp et Silverstein, 1988, tous dans Erickson, 1998). Envers les femmes plus particulièrement, Erickson (1998) nomme deux auteurs qui stipulent que les femmes sont considérées uniquement en regard de leur capacité à se marier, à avoir des enfants et à les élever (M. Gergen, 1990; Rice, 1994, tous dans Erickson, 1998). Ce biais peut induire chez les femmes n'adoptant pas une telle trajectoire un sentiment de déviance (M. Gergen, 1990, dans Erickson, 1998).

4° *Le maintien du statu quo* : l'approche du cycle de vie familiale a pris racine dans la culture américaine blanche des années 1950 et elle incorpore, toujours selon Erickson (1998), plusieurs idéaux se rattachant à cette époque, qui sont aujourd'hui souvent impertinents. En conséquence, l'adhésion rigide au paradigme oblige le maintien d'un statut quo dépassé. L'auteur note les efforts récents pour favoriser une meilleure représentativité de l'approche à l'intérieur de multiples contextes, mais il constate que les stades et la structure sous-jacente du modèle sont restés intacts.

5° *Échec à incorporer le contexte historique et culturel* : étant donné que l'approche a été fondée selon les idéaux, les valeurs et le sens moral de la culture occidentale, il n'inclut pas les expériences, valeurs et idéaux des différentes races, ethnies et religions minoritaires. Les principes véhiculés par le paradigme sont selon Erickson (1998) difficilement exportables à l'extérieur de leur contexte d'origine. L'auteur déplore le fait que ce cadre conceptuel privilégie l'impact des générations et des stades au-dessus d'autres variables qui ont de puissants effets médiateurs sur la vie familiale, peut-être même davantage que les variables prises en compte par le cycle de vie familiale.

Enfin, plusieurs auteurs notent que la famille actuelle connaît de profonds changements, ainsi qu'une prolifération de configurations familiales (Aldous, 1996; McGoldrick et Carter, 2003; 2005; Walsh, 2003), ce qui complexifie l'identification de stades et de tâches développementales universels (McGoldrick et Carter, 2003; 2005; Walsh, 2003). Ainsi, plusieurs constellations familiales n'expérimenteront pas la progression en stades successifs comme le veut le cycle de vie familiale (Kapinus et Johnson, 2003). Également, de tels changements font que les individus vivent plus de transitions que par le passé. Aldous (1996) croit donc que cette nouvelle réalité requiert autre chose que le modèle traditionnel du cycle de vie familiale. McGoldrick et Carter (2003) pour leur part émettent une mise en garde contre l'utilisation trop rigide ou le rejet du modèle conceptuel illustré. Une adhésion trop rigide à ce modèle cause une anxiété en sous-entendant que la déviation de la norme est pathologique. À l'autre extrémité, lorsque l'on met trop d'accent sur l'unicité de chaque famille sans mettre en lumière ce qui les lie, cela peut créer un sentiment de discontinuité historique, d'isolement qui dévalue le rôle du parent et nie les liens étroits entre les générations. Elles ajoutent également que l'approche du cycle de vie familiale, même en se voulant le plus flexible possible, échoue à prendre en compte les effets importants de la culture, l'ethnicité, la religion et l'orientation sexuelle sur quand et comment seront vécues les différentes phases et transitions. Or, dans un contexte de travail clinique, un professionnel ne peut se permettre d'ignorer de telles variables. Gerson (1995) souligne toutefois qu'en adoptant une perspective suffisamment large, l'approche comprend certains principes de changements universels, (début par la formation du couple, suivi d'une période d'expansion et ensuite de contraction), qui se vérifient chez la plupart des systèmes familiaux.

## **5. Les principaux stades développementaux des familles selon les cliniciens**

Dans cette section, nous décrirons les principaux stades développementaux des familles tels que décrits par les cliniciens dans le domaine. Nous



documenterons les stades uniquement jusqu'à la période de l'adolescence. Ce choix se justifie par le fait que notre expertise clinique et nos recherches concernent principalement les familles d'adolescents en crise et les familles d'adolescentes anorexiques ou boulimiques.

***Premier stade : le départ de la maison du jeune adulte célibataire***

Le premier stade recensé par McGoldrick et Carter (1988; 2003), de même que Gerson (1995) et Fulmer (2005) est le départ de la maison du jeune adulte célibataire. Cette phase comprend la période durant laquelle l'individu est au moins physiquement séparé de sa famille d'origine, sans toutefois avoir établi son propre système familial (McGoldrick, 1988). La maîtrise de cette étape est réalisée si la personne est en mesure de se séparer de sa famille d'origine, sans pour autant rompre tout lien avec elle ou se trouver un refuge émotionnel substitut (McGoldrick et Carter, 1999 dans Dankoski, 2001; McGoldrick et Carter, 1988; 2003). Cette étape constitue une pierre angulaire du développement, où le jeune adulte se construit une vision propre de ses buts et de son avenir personnel et professionnel, qui ne correspondent pas nécessairement aux attentes familiales (McGoldrick et Carter, 1988; 2003). L'individu entre ainsi dans le monde adulte, où le principal défi pratique est d'assumer seul ses responsabilités sur tous les plans (travail, école, finances, relations) (Blacker, 1999; Fulmer, 1999 tous deux dans Dankoski, 2001; Gerson, 1995; McGoldrick et Carter, 1988). Il devient donc un individu à part entière, avant de se joindre à une autre personne avec qui il formera un nouveau système familial (McGoldrick et Carter, 1988; 2003). À cet effet, les relations qu'il entretient gagnent en stabilité et en intimité comparativement à l'adolescence (McGoldrick et Carter, 1988). Fulmer (2005) ajoute que la qualité des relations intimes du jeune adulte sera influencée par les relations maritales auxquelles il a été exposé et par la façon dont il a lui-même été traité. Ainsi, le lien avec les parents constitue un point d'appui pour le transfert de l'affection à des personnes extérieures à la famille. Le jeune adulte se doit également d'ériger de nouvelles frontières entre lui-même et sa famille d'origine pour permettre son autonomisation (McGoldrick et Carter, 1988). Selon Gerson (1995), il s'agit du principal défi relationnel de ce stade. Plus la différenciation est efficace, moins les stress intergénérationnels conserveront une influence sur son futur système familial (McGoldrick et Carter, 1988; 2003). C'est aussi l'occasion pour ces personnes de revoir l'héritage laissé par leur famille et conserver ce qui leur convient, tout en laissant de côté les valeurs et idéologies qui ne cadrent pas dans leur vision du monde afin de s'en créer des distinctes (McGoldrick et Carter, 1988; 2003). Également, il est impératif à cette étape d'observer un changement relationnel entre le jeune adulte et ses parents: la relation doit devenir plus égalitaire, les deux partis étant maintenant adultes (Dankoski, 2001; McGoldrick et Carter, 1988; 2003). Selon Dankoski (2001), l'attachement envers les parents et le changement relationnel devant être observé durant cette phase influenceront la capacité d'autonomisation du jeune adulte ainsi que son habileté à former des relations futures saines. Ainsi, si la relation parents-enfant demeure inchangée, le jeune adulte pourra soit adopter une position de dépendance prolongée ou encore couper les liens pour accéder à une pseudo-autonomie (Dankoski, 2001; McGoldrick et Carter, 2003).

McGoldrick et Carter (2003), de même que Fulmer (2005) soulignent qu'actuellement, un des problèmes épineux des jeunes adultes est la dépendance prolongée que requiert notre société technologique en vue d'être adéquatement préparé au marché du travail. En effet, la formation professionnelle requise pour accéder à une carrière demande souvent de nombreuses années d'études supérieures, durant lesquelles le jeune adulte ne peut souvent pas assumer seul sa subsistance. Cette situation rend difficile la création d'une frontière adéquate parents/jeune adulte, puisqu'il est ardu d'être émotionnellement indépendant alors que l'on reste financièrement dépendant avec le statut social d'un étudiant.

Enfin, Fulmer (2005) indique que les parents anticipent souvent la période de l'âge adulte en oscillant entre le soulagement et la crainte. Ainsi, les tâches parentales sont allégées par la plus grande autonomie des enfants, mais les parents doivent accepter de moins superviser, influencer et protéger leur enfant. De même, au niveau des relations parentales, Fulmer (2005) ajoute que les parents se tournent l'un vers l'autre plus l'enfant se détache de sa famille. Si la réactivation de la relation conjugale réussit, cela parviendra à combler le vide créé par la perte des activités parentales et le contact diminué avec l'enfant. Or, lorsque les conflits conjugaux ou la distance relationnelle prime, ces difficultés n'en sont qu'exacerbées. L'auteur ajoute enfin que les jeunes adultes, de par leur besoin de se différencier et d'innover, peuvent parfois créer chez leurs parents un sentiment de perte puisque ceux-ci sentent que leurs valeurs ne sont pas poursuivies. Selon McGoldrick et Carter (1988), un facteur important dans la réactivité des parents en regard à ce stade est leur propre résolution et satisfaction dans les étapes du cycle de vie familiale qu'ils ont franchies. Ainsi, un parent n'ayant pas réussi à se dissocier complètement de sa famille d'origine aura de la difficulté à accepter le besoin d'autonomie et d'indépendance de son enfant. Aussi, la résolution efficace de ce stade dépendra de la façon dont les tâches de l'adolescence ont été maîtrisées, qui elles-mêmes dépendent du développement précoce durant l'enfance, révélant ainsi l'emboîtement de ces phases et leur influence déterminante sur les étapes ultérieures.

### ***Deuxième stade : la formation du couple***

Ce stade serait une des transitions les plus complexes et difficiles du cycle de vie familiale (McGoldrick, 2005; McGoldrick et Carter, 1988) à cause des nombreux défis qui doivent être relevés. En même temps que se définit la relation entre les partenaires, ceux-ci doivent trouver une réponse commune et satisfaisante à une kyrielle de questions concernant entre autres l'établissement d'un chez soi, la définition des relations avec la famille d'origine et avec les amis respectifs, la gestion d'un budget commun et la définition des responsabilités de chacun dans le fonctionnement de cette nouvelle unité. Cette période est donc principalement marquée par la négociation de compromis. Le couple doit donc apprendre à faire face aux désaccords et à résoudre les conflits. Un couple qui n'arrive pas à développer des stratégies de résolution de conflits risque de vivre des difficultés majeures lors de l'arrivée des enfants, puisque cette transition confronte le couple à des négociations constantes en ce qui concerne les pratiques éducatives et la place à accorder aux enfants.

Un des pièges qui guettent le couple est de former avec le conjoint une unité fusionnelle, où chacun y perd son identité propre afin de former un tout indissociable (McGoldrick et Carter, 1988). Si le conjoint voit l'autre partenaire comme le reflet de lui-même (McGoldrick, 1989, dans Dankoski, 2001), il aura tendance à nier leurs différences et pourra parfois faire preuve de distorsions importantes pour conserver le mythe de l'harmonie (Satir, 1967, dans McGoldrick, 2005). Au sein d'une unité fusionnelle, les conjoints auront progressivement tendance à se définir et à percevoir de plus en plus de facettes uniquement à l'intérieur de la relation, dont les difficultés personnelles et conjugales. Les conjoints peuvent alors devenir incapables de fonctionner pour eux-mêmes, chacun prenant la responsabilité pour les sentiments de l'autre en se blâmant, conduisant à ce que plusieurs sphères deviennent ainsi émotionnellement chargées (McGoldrick, 2005). Selon la théorie des systèmes de Bowen (1978, dans McGoldrick et Carter, 1988; 2005), la recherche de la fusion serait typique chez les personnes mal différenciées de leur famille d'origine (Bowen, 1978, dans Gerson, 1995; McGoldrick, 2005; McGoldrick et Carter, 1988).

Certains auteurs ont tenté de répertorier un ensemble de variables personnelles et contextuelles pouvant nuire à l'ajustement du couple (McGoldrick, 2005; McGoldrick et Carter, 1988). Parmi celles-ci on note: a) des différences marquées au niveau du pouvoir, du statut socio-économique ou des choix professionnels entre les partenaires, b) un des partenaires est financièrement dépendant de l'autre à cause d'un manque d'emploi ou de lacunes dans les habiletés professionnelles, c) le conjoint tente d'isoler sa femme du travail, de son réseau social ou de sa famille, de la contrôler financièrement ou de l'intimider physiquement, d) le couple se rencontre ou se marie peu après une perte significative, e) un membre du couple se marie afin de s'éloigner de sa famille d'origine, f) le milieu socioculturel de chaque partenaire est significativement différent (religion, éducation, niveau socioéconomique, ethnie, âge et/ou goûts), g) le couple réside soit très loin ou très proche de leur famille d'origine, h) le couple est dépendant de l'une des familles soit financièrement, physiquement ou émotionnellement, i) le couple s'unit tôt (avant 20 ans) ou tard (après 35 ans), j) le couple se marie après une fréquentation de moins de 6 mois ou un engagement de plus de 3 ans, k) le mariage est célébré sans la présence de la famille ou des amis, l) la femme devient enceinte avant ou durant la première année du mariage, m) un des époux a une faible relation avec ses parents ou sa fratrie, n) un des époux considère son enfance ou son adolescence comme un moment malheureux de sa vie, o) les modèles de relations maritales de l'une des familles étendues sont instables, p) un des partenaires croit implicitement ou explicitement que les droits, les besoins ou les privilèges de l'homme doivent prédominer dans l'union, en reléguant les femmes dans la position de devoir servir les besoins des autres.

### *Troisième stade : la famille avec de jeunes enfants*

Selon McGoldrick et Carter (1988), aucune autre phase n'apporte de défi et de changement plus profond à la famille nucléaire et étendue que l'arrivée d'un enfant. Cet événement commande une rééquilibration entre le travail, les amis, les parents et la nouvelle vie de famille (McGoldrick et Carter, 1988). Cette phase se caractérise surtout par le fait que les partenaires du couple deviennent

soudainement parents avec ce que cela suppose comme ajustement. En effet, ils devront tenter d'établir un équilibre entre leur vie familiale et conjugale, s'entendre sur les valeurs éducatives qu'ils souhaitent privilégier, se soutenir dans l'exercice de leurs pratiques éducatives, faire une place à l'enfant et soutenir son développement.

Outre les plaisirs et les aspects positifs mis en évidence dans notre société lors de cette transition, certaines difficultés peuvent survenir. En effet, les nombreux bouleversements inhérents à cette phase peuvent entraîner une diminution de la satisfaction conjugale, de l'estime de soi chez les femmes, de même que des rôles davantage stéréotypés selon le sexe (Cowan et Cowan, 2003; Cowan et Cowan, 1985, dans Dankoski, 2001; Huppé et Cyr, 1997; Carter, 1999, dans McGoldrick et Carter, 2003; Carter et Peters, 1997, dans McGoldrick et Carter, 2003; Walsh, 1989, dans McGoldrick et Carter, 2003). Ainsi, les rôles semblent prendre une forme plus traditionnelle après la naissance des enfants et ce, peu importe l'arrangement précédant leur arrivée (Cowan et Cowan, 2003; McGoldrick et Carter, 2003). Il semble que l'ajout de tâches engendre un déséquilibre au détriment des femmes, sans parvenir ensuite à un réajustement satisfaisant (Huppé et Cyr, 1997). Cette réalité devient d'autant plus problématique que la plupart des ménages comptent maintenant un double revenu. Il est donc critique d'arriver à concilier les responsabilités inhérentes à l'éducation et aux soins des enfants en plus des tâches ménagères, avec deux parents travaillant à temps plein (McGoldrick et Carter, 1988). Conjuguer la vie professionnelle et familiale est souvent pénible et porteur de bien des différents conjugaux (McGoldrick et Carter, 1988) et c'est habituellement la femme qui doit s'acquitter du surplus de tâches occasionné par l'arrivée des enfants tout en assumant sa carrière professionnelle, qui peut donc en souffrir (Carter, 2005; Dankoski, 2001). Une étude de Pleck (1994, dans Carter, 2005) sur les familles à double revenu démontre à cet effet que les hommes ont rapporté faire 34 % du travail à la maison, ce qui laisse 66 % des tâches aux mères, une proportion nettement défavorable pour elles. Selon Carter (2005), les trois principaux problèmes auxquels sont confrontées les familles à double revenu demeurent la participation inégale des hommes aux tâches à la maison, la rigidité des milieux de travail et le nombre d'heures grandissant au travail, tant pour l'homme que la femme. Au niveau de la satisfaction conjugale, bien que celle-ci décroisse après la naissance d'un enfant, Cowan et Cowan (1995, dans Cowan et Cowan, 2003) soutiennent que le meilleur prédicteur de la qualité maritale après l'arrivée des enfants est celle qui prévalait avant la naissance. De même, Carter (2005) ajoute que les couples conservent la trajectoire amorcée avant la naissance des enfants, soit le déclin, la stabilité ou l'amélioration de la relation.

L'augmentation du stress, la charge de travail supplémentaire, la diminution de la satisfaction conjugale, les conflits, les contraintes économiques peuvent venir expliquer en partie le fait que les familles traversant ce stade présentent le plus haut taux de divorce (Carter, 2005; McGoldrick et Carter, 1999, dans Dankoski, 2001; McGoldrick et Carter, 1988). Ainsi, presque la moitié des parents qui divorcent vont le faire avant que le premier enfant ne fréquente la maternelle (Cowan et Cowan, 2003). Cependant, les statistiques démontrent que

les couples sans enfant tendent à divorcer dans une proportion encore plus grande que ceux ayant de jeunes enfants. Il est donc possible de croire que la présence des enfants puisse aider à la stabilité des unions dans les premières années de la famille (Cowan et Cowan, 2003).

D'autre part, l'arrivée d'un enfant commande un changement dans le rôle de conjoint vers celui de parent. Lorsque cette transition n'est pas adéquatement effectuée, on voit souvent apparaître une lutte pour déterminer qui prendra les responsabilités encourues par la nouvelle naissance, de même que l'incapacité ou le refus d'agir en tant que parent envers l'enfant (McGoldrick et Carter, 1988; 2003).

McGoldrick et Carter (1988) accordent également une grande importance à la place disponible pour l'enfant. Ainsi, l'environnement dans lequel il naît peut soit ne contenir aucune place pour lui, lui accorder un espace suffisant, ou encore fournir un immense vide à combler. En effet, l'importance accordée de nos jours à la carrière peut envahir tout l'espace disponible. À l'opposé, certains parents surinvestissent la sphère domestique et entretiennent avec leur enfant une relation enchevêtrée. À cet extrême, l'enfant peut occuper une place excessive en meublant un vide laissé par une insatisfaction ou une perte relationnelle, ou encore en devenant un substitut aux buts non réalisés des parents. De cette façon, les tensions vécues dans la famille sont canalisées à travers l'enfant, qui peut alors adopter des conduites symptomatiques.

Par ailleurs, l'arrivée d'un enfant entraîne une diminution dans la qualité de la vie privée des parents, qui ne peuvent plus consacrer autant de temps à leur relation et aux activités récréatives (Belsky et Kelly, 1994, dans Carter, 2005; McGoldrick et Carter, 1988). Les multiples demandes engendrées par les différents rôles des parents constituent un défi pour le maintien de la qualité de la relation de couple, où les besoins individuels et conjugaux sont souvent ignorés (Gerson, 1995). La venue d'un enfant amène également une possibilité de triangulation (Carter, 2005), principalement chez les couples dont l'union est fusionnelle, puisque la stabilité de la relation est menacée par la position privilégiée de l'enfant auprès d'un parent, le plus souvent la mère (Bowen, 1966, dans McGoldrick et Carter, 1988). À l'inverse, les couples faisant preuve d'intimité répondent mieux aux défis et contraintes posés par la naissance d'un enfant.

Enfin, il ne faut pas oublier la famille élargie, qui joue un rôle de soutien auprès de la famille nucléaire (McGoldrick et Carter, 1988), agissant comme tampon en réduisant le stress (Cowan et Cowan, 2003). Dans le cas où des relations conflictuelles prévalent avec la famille d'origine, la situation demeurera difficile. Ainsi, la naissance d'un enfant amène plus de contacts entre les nouveaux parents et leur famille d'origine (Cowan et Cowan, 2000, dans Cowan et Cowan, 2003). Si les relations étaient tendues ou ambivalentes avant la grossesse, cette situation peut donc s'avérer négative (Hansen et Jacob, 1992, dans Cowan et Cowan, 2003). Ainsi, les patrons non résolus dans la famille étendue auront tendance à se poursuivre et à se transmettre à travers les générations

(Carter, 2005). Du côté des nouveaux grands-parents, ceux-ci doivent se replier vers un rôle moins direct dans l'éducation des enfants en laissant les parents assumer eux-mêmes cette responsabilité (McGoldrick et Carter, 1988; 2003).

#### ***Quatrième stade : la famille avec des adolescents***

L'entrée de la famille dans la période de l'adolescence, signalée par l'apparition de la puberté chez l'aîné des enfants (Hopkins, 1983, dans Gerson, 1995), est une transition riche en bouleversements sur divers plans. Au niveau personnel, l'adolescent est confronté aux nombreux changements biologiques qui modifient son apparence et à l'émergence de sa sexualité (Garcia Preto, 2005). L'immaturation émotionnelle se démontre par une humeur instable et peut mener à des comportements imprévisibles, d'une intensité parfois exagérée en regard à l'élément déclencheur (Pipher, 1994, dans Garcia Preto, 2005). Il s'agit d'une période où l'adolescent se définit et tente d'adopter de nouveaux rôles et comportements ou de vivre selon un idéal (Aldous, 1996). Celui-ci recherche davantage de contrôle sur sa propre vie et tend à percevoir les adultes comme impertinents (Gerson, 1995). Or, c'est également durant cette période que des choix influents sont faits, ce qui nécessite tout de même les conseils et le soutien des adultes (McGoldrick et Carter, 2003). Il importe de spécifier que la période de l'adolescence, tout comme les autres phases du cycle de vie familiale, est fortement influencée par le contexte socioculturel et historique (Garcia Preto, 2005; Gerson, 1995) dans lequel le jeune se trouve, mais également par le genre (Garcia Preto, 2005).

Au niveau familial, ce stade crée de profonds remous puisque la place de l'enfant est redéfinie dans la famille de même que le rôle du parent à son égard (McGoldrick et Carter, 1988; 2003). La structure même de la famille est altérée puisque celle-ci doit passer d'un système qui protège et prend soin de l'enfant à une unité préparant l'adolescent à affronter le monde adulte empreint de responsabilités et d'engagements (Garcia Preto, 2005; McGoldrick et Carter, 1988). Les frontières familiales doivent donc être redéfinies par rapport à celles établies durant l'enfance pour devenir plus perméables et les règles doivent aussi gagner en flexibilité, tout cela dans le but d'accroître l'autonomie et l'indépendance de l'adolescent. Les parents ne peuvent plus assumer une autorité aussi rigide et complète qu'avant (Dankoski, 2001; McGoldrick et Carter, 1988; 2003). Gerson (1995) indique qu'il importe de mettre en place une routine familiale flexible permettant à l'adolescent de transiger entre la famille, les amis et l'école. De plus, les transformations physiques inhérentes à la puberté entraînent notamment une redéfinition de l'identité de l'adolescent (McGoldrick et Carter, 1988), mais peuvent aussi être une source de malaise chez les parents qui constatent la sexualisation de leur enfant (Preto, 1988, dans Gerson, 1995; McGoldrick et Carter, 2003). Par ailleurs, ceux-ci vont davantage questionner les procédures et valeurs établies dans la famille en adoptant une attitude revendicatrice, créant inévitablement des tensions familiales et conjugales (Dankoski, 2001; McGoldrick et Carter, 1988). Le détachement émotionnel de l'adolescent face à sa famille et son besoin d'indépendance peuvent être très perturbateurs et créer chez les parents la peur de perdre leur lien privilégié avec lui (Dankoski, 2001; Gerson, 1995). Il est donc impératif d'opérer un changement

dans le lien entre l'adolescent et ses parents (Dankoski, 2001; Garcia Preto, 2005), où ceux-ci constituent une base de sécurité pour permettre à leur enfant de s'intégrer dans le monde extérieur (Dankoski, 2001). Cela est nécessaire puisqu'à cet âge, les adolescents oscillent entre la revendication de leur indépendance et le soutien familial pour de l'aide et des conseils (Aldous, 1996; Garcia Preto, 2005). Les parents se retrouvent également face au dilemme de laisser à leur adolescent une plus grande indépendance, tout en les supervisant et en restant responsables d'eux (Aldous, 1996; Gerson, 1995).

Tous ces éléments créent des perturbations profondes pouvant réactiver les problèmes intergénérationnels non résolus (Dankoski, 2001), les conflits conjugaux et les processus de triangulation (Garcia Preto, 2005). Il importe toutefois de préciser que la plupart des familles, malgré les tensions, arrivent à se réorganiser pour permettre l'autonomisation de leur adolescent, mais certaines difficultés associées à cette transition peuvent conduire au développement de comportements symptomatiques chez un membre de la famille (Garcia Preto, 2005). De la même façon, la rébellion ne constitue pas l'unique voie adoptée par les adolescents face au système familial, puisque la plupart des jeunes demeurent attachés et admiratifs face à leurs parents et ne vivent pas de conflit marqué (Tavris, 1992, dans McGoldrick et Carter, 2003).

Les adolescents exposent la famille à de nouvelles idéologies et valeurs en introduisant davantage d'amis au sein du système familial, les pairs gagnant en importance durant cette phase (Garcia Preto, 2005; McGoldrick et Carter, 1988; 2003). Les adolescents préfèrent rester seuls ou être avec des gens extérieurs plutôt que de participer à la vie familiale et l'influence des parents décroît au profit de celle des pairs (Gerson, 1995). Les familles qui s'ajustent difficilement à ce stade peuvent se sentir menacées par ces nouveaux apports à la famille et ont tendance à conserver une vision infantilisante de leur adolescent (McGoldrick et Carter, 1988; 2003). Ainsi, certains parents entretenant des attentes élevées envers leur enfant peuvent recourir au blâme, à la critique ou tenter d'exercer un contrôle envahissant sur l'adolescent à un moment où celui-ci devrait bénéficier d'une plus grande liberté (Gerson, 1995; McGoldrick et Carter, 1988). Ce dernier peut donc se retirer de tout engagement typique de l'adolescence et rester prisonnier du dilemme confrontant son besoin de développer son autonomie et son identité face à la loyauté familiale, pouvant conduire à l'émergence de comportements symptomatiques (McGoldrick et Carter, 1988).

À l'autre extrême, certaines familles démontrent un excès dans les forces centrifuges et expulsent littéralement l'adolescent hors de la famille ou abandonnent toute tentative d'autorité, le laissant seul pour affronter les tâches de ce stade, pouvant ainsi entraîner bon nombre de comportements déviants (McGoldrick et Carter, 1988). Des frontières flexibles permettant à l'adolescent de sortir du système familial pour vivre de nouvelles expériences, mais de revenir y chercher du soutien lorsqu'il est confronté à des difficultés trop importantes, constituent un élément crucial dans la résolution adéquate de ce stade (Aldous, 1996; McGoldrick et Carter, 1988).

Enfin, cette période comporte des ajustements particulièrement difficiles puisqu'il y survient plusieurs changements simultanés, soit l'adolescence, les transformations majeures face aux grands-parents vieillissants et la crise de la quarantaine chez les parents (Garcia Preto, 1999, dans Dankoski, 2001; Garcia Preto, 2005; Gerson, 1995; McGoldrick et Carter, 1988; 2003). Cette dernière étape génère chez les parents une réévaluation de leur cheminement tant au niveau professionnel, personnel que marital, ce qui cause d'inévitables tensions. Certains auteurs dénotent d'ailleurs que les parents d'adolescents tendent à présenter une insatisfaction conjugale accrue (McGoldrick, Heiman et Carter, 1993, dans Dankoski, 2001; McGoldrick et Carter, 2003). Également, les besoins émanant autant des adolescents en quête d'indépendance que des grands-parents en perte d'autonomie créent une pression importante chez les parents, qui peuvent se sentir coincés entre les demandes divergentes des deux générations (Garcia Preto, 2005; Gerson, 1995). Un tel cumul de stress peut donc amenuiser les capacités du système familial à faire face aux différentes tâches développementales requises (McGoldrick et Carter, 1988). Encore une fois, les familles résolvant le mieux ce stade sont celles dont les étapes développementales familiales précédentes ont été adéquatement résolues (bonne différenciation d'avec la famille d'origine et saine relation conjugale) (McGoldrick et Carter, 1988).

## DEUXIÈME PARTIE : LA RELATION ENTRE LA NON-RÉSOLUTION DES TÂCHES DÉVELOPPEMENTALES DES FAMILLES ET L'APPARITION DE CONDUITES SYMPTOMATIQUES CHEZ UN DES MEMBRES DE LA FAMILLE

### **État des connaissances actuelles.**

La relation entre la non-résolution de tâches développementales et l'apparition de difficultés ultérieures a maintes fois été observée sur le plan du développement des enfants. Par exemple, Sroufe (1979; Waters et Sroufe, 1983, tous dans Aldous, 1996) a observé, dans le cadre d'une étude longitudinale auprès de 48 bébés, que les interactions qui encouragent l'attachement de l'enfant à son parent au cours des premiers mois de sa vie ont des conséquences positives dans l'accomplissement des tâches développementales futures. Ainsi, entre 12 et 18 mois, les enfants avec un attachement sécurisé exploreraient et maîtrisaient plus facilement un environnement différent. À 2 ans, ils résolvaient plus efficacement des problèmes. À 42 mois, leur socialisation était plus satisfaisante, ils faisaient moins de crises de colère et étaient moins dépendants. Les résultats de cette étude indiquent clairement que le succès dans la tâche de l'attachement de l'enfant au cours des premiers mois de vie, influencé par la sensibilité du donneur de soins, affecte la performance des enfants sur de nombreuses tâches développementales se présentant plus tard dans leur développement.

Les recherches tentant de relier le cycle de vie familiale à certains dysfonctionnements chez un des membres de la famille sont, pour leur part, beaucoup plus rares (Aldous, 1996; Gerson, 1995) et elles datent de plusieurs décennies. Par exemple, Haley (1973, dans Zilbach, 2003) note à de maintes reprises dans ses écrits que la résolution déficiente de certaines tâches développementales chez les familles est souvent associée à l'apparition de



comportements symptomatiques chez un des membres au cours de transitions familiales ultérieures. Il affirme même que « la spécificité du stade de la vie de la famille a plus d'importance que le classement symptomatique du jeune » (Haley, 1991, p. 14). De son côté, Walsh (1978) observe que lorsqu'un événement familial important (la mort d'un grand-parent), survient en même temps qu'un autre événement familial (la naissance d'un enfant), cela peut entraîner chez ce nouveau-né l'apparition de symptômes lors d'une transition beaucoup plus éloignée dans le temps, par exemple, lors de son départ de la famille. En soulignant la difficulté de résolution du deuil chez beaucoup de familles où des symptômes se sont développés, les auteurs corroborent le fait que les transitions ardues au sein d'une famille peuvent avoir des répercussions à long terme sur leurs membres.

Dans un autre ordre d'idées, Root, Fallon et Friedrich (1986) affirment que l'aisance ou la difficulté caractérisant les transitions familiales laisseront des traces affectant les transitions à venir. Ainsi, les auteurs croient que la résolution ardue d'un stade entraînera une plus grande vulnérabilité dans l'adaptation familiale aux stades subséquents, créant des pseudo-transitions où celles-ci sont en apparence efficacement traversées. Or, les différentes configurations symptomatiques émergeant lors des stades ultérieurs souligneront les difficultés à maîtriser de telles étapes. Ainsi, ces familles finiront par se retrouver prisonnières d'un état de stagnation les empêchant de poursuivre le cours de leur développement et pouvant donner naissance à une pathologie.

De son côté, Aldous (1996) aborde cet aspect sous le concept des liens limitant (*limited linkages*). Ainsi, ce concept sous-tend l'idée que l'accomplissement des diverses tâches familiales dans le passé influence la capacité des membres à combler les demandes présentes et futures de la famille en limitant les options disponibles. Pour les tenants de cette approche, l'accomplissement d'une tâche permet d'une part de maîtriser les éléments présents, mais également de préparer la fondation nécessaire pour la prochaine étape (Waters et Sroufe, 1983, dans Aldous, 1996). L'auteure souligne également le fait que les mêmes habiletés sont souvent mises à contribution tout au long du développement, constituant donc dès le début les fondements permettant une meilleure adaptation. Ainsi, la performance de la famille lors d'un stade restreint les choix comportementaux possibles dans la prochaine étape. La performance ultérieure de la famille dépendra donc à la fois des demandes imposées par le nouveau stade, mais aussi des limites établies par les succès et les échecs dans le passé. L'auteure mentionne l'exemple du contrôle parental. Ainsi, une famille dont les parents exercent depuis toujours une autorité inflexible et un style de communication unidirectionnel (parents vers l'enfant) trouveront particulièrement difficile d'établir des interactions plus égalitaires et bidirectionnelles à l'adolescence. Ainsi, malgré les pressions des enfants pour l'assouplissement de l'autorité, les patrons établis dans les stades précédents restreignent les possibilités perçues par les parents dans la répartition du pouvoir.

Enfin, McGoldrick et Carter (1988) démontrent clairement, dans leur explication du cycle de vie familiale, l'emboîtement des différents cycles

familiaux dans un processus continu. Par exemple, une personne ayant de la difficulté à réaliser le processus d'individuation nécessaire pour quitter sa famille d'origine aura davantage tendance à se retrouver dans une relation fusionnelle lors de la phase de formation du couple. Par la suite, la naissance du premier enfant menacera l'équilibre déjà fragile de l'unité conjugale, risquant de créer une centration sur l'enfant pouvant mener à une triangulation stable. À l'adolescence, les tentatives d'émancipation et d'affirmation de l'enfant pourraient être perçues comme une menace et les parents tenteront d'appliquer un contrôle exacerbé. Ces pratiques éducatives pourraient donc conduire l'enfant à l'adoption de conduites symptomatiques, celui-ci étant pris entre la volonté de se conformer à sa famille et un besoin urgent de satisfaire son autonomie grandissante. Comme on peut le constater, une faiblesse lors des premières phases fragiliserait le processus dans son ensemble en créant des vulnérabilités dans le système familial. Sans avoir la prétention d'affirmer que tous les cas suivent une unique trajectoire, les auteures soulignent toutefois les impacts néfastes que peuvent entraîner des ratées dans les tâches développementales sur le développement ultérieur de la cellule familiale et de ses membres.

#### **La relation entre les échecs développementaux des familles et l'apparition de l'anorexie mentale à l'adolescence.**

Peu d'auteurs ont tenté jusqu'à maintenant d'établir un lien entre la nature des tâches développementales non résolues dans les familles et le développement d'une anorexie chez une adolescente. Parmi les rares auteurs à se pencher sur cette question, il y a eu Root et al. (1986), de même que Selvini-Palazzoli, Cirillo, Selvini et Sorrentino (1990).

Selon le point de vue de Root et al. (1986), la stagnation des familles anorexiques se ferait principalement lors de l'arrivée des enfants et au moment où ceux-ci entrent à l'école. Or, ces auteurs ne spécifient pas davantage quelles tâches développementales spécifiques sont mises en cause.

Dans le même ordre d'idées, Selvini-Palazzoli et al. (1990) dans leur modèle explicatif du processus anorexique en six stades semblent reconnaître, sans le préciser formellement, que les familles anorexiques commencent à vivre des difficultés lors du stade de la famille avec de jeunes enfants et ce serait au moment de l'adolescence que le malaise relationnel atteindrait son paroxysme. Cet échec développemental semble résulter de la difficulté du couple parental à maintenir une vie conjugale satisfaisante et à former un sous-système cohésif dans l'éducation des enfants. L'insatisfaction qui en résulte génère un conflit latent « sans vraies crises, ni de scènes cathartiques, ni de séparations libératoires » (Selvini-Palazzoli et al., 1990, p. 191). Tôt ou tard la jeune fille qui deviendra anorexique sera « asservie à sa mère » (Selvini-Palazzoli et al., 1990, p. 208) ou prendra la défense de son père qu'elle admire et qu'elle considère comme étant injustement traité par son épouse.

Bien que convergentes et prometteuses, ces observations n'ont à notre connaissance jamais été corroborées par des études plus systématiques sur la

relation entre certaines tâches développementales non résolues dans les familles et le développement d'une anorexie à l'adolescence.

Sensibles à cette question, nous avons documenté de façon systématique la résolution des tâches développementales dans les familles d'adolescents anorexiques. Nos observations cliniques auprès de plusieurs de ces familles vont pratiquement toujours dans le même sens. Ainsi, dans la plupart de ces familles, les difficultés familiales semblent effectivement débiter au moment de l'arrivée des enfants. De façon plus spécifique, on note que l'arrivée des enfants dans ces familles semble être accompagnée par « l'amincissement » de la vie conjugale au détriment de la fonction parentale. Souvent, ces parents disent que depuis l'arrivée des enfants, les moments d'intimité se sont faits de plus en plus rares et que la grande majorité des activités impliquaient l'ensemble des membres de la famille. En outre, il apparaît que la vie des parents, à partir de la naissance des enfants, ait été consacrée à répondre à leurs nombreux besoins. Souvent on observe qu'un des parents occupe une place prépondérante dans les soins prodigués aux enfants, laissant l'autre parent dans une position périphérique. Ce parent soignant est celui qui sera particulièrement investi par l'adolescente au moment de l'apparition des conduites anorexiques. On note également un manque d'intimité conjugale et de cohésion entre les parents concernant les exigences à avoir face aux enfants. Les tensions entre les parents sont palpables, mais on évite d'entrer ouvertement en conflit. Or, ces désaccords deviennent généralement plus explicites et parfois même explosifs lorsque l'adolescente quitte son anorexie et reprend une vie normale.

Afin de valider ces premières observations, nous avons entrepris une étude systématique auprès de toutes les familles référées à la Clinique de dysfonctions alimentaires du Centre Hospitalier Universitaire de Sherbrooke (CHUS) au Canada, dont l'objectif principal vise à identifier les tâches développementales non résolues des familles d'adolescentes anorexiques. Les résultats de cette étude seront donc présentés dans un prochain article.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Aldous, J. (1996). *Family careers, rethinking the developmental perspective*, SAGE Publications Inc.: Thousand Oaks, CA.
2. Carter, B. (2005). Becoming parents: the family with young children. Dans B. Carter, et M. McGoldrick (Éd.), *The expanded family life cycle: individual, family, and social perspectives* (3<sup>ème</sup> édition), 249-273, Allyn & Bacon: Boston.
3. Cowan, P.A., Cowan, C.P. (2003). Normative family transitions, normal family process, and healthy child development. Dans F. Walsh (Éd.), *Normal family processes: growing diversity and complexity* (3<sup>ème</sup> édition), 424-459, The Guilford Press: New York.
4. Dankoski, M.E. (2001). Pulling on the heart strings: an emotionally focused approach to family life cycle transitions. *Journal of Marital and Family Therapy*, 27 (2), 177-187.
5. Erickson, M.J. (1998). Re-visioning the family life cycle theory and paradigm in marriage and family therapy. *The American Journal of Family Therapy*, 26, 341-356.
6. Fulmer, R. (2005). Becoming an adult: leaving home and staying connected. Dans B. Carter et M. McGoldrick (Éd.), *The expanded family life cycle: individual, family, and social perspectives* (3<sup>ème</sup> édition), 215-230, Allyn & Bacon: Boston.
7. Garcia Preto, N. (2005). Transformation of the family system during adolescence. Dans B. Carter et M. McGoldrick (Éd.), *The expanded family life cycle: individual, family, and social perspectives* (3<sup>ème</sup> édition), 274-286, Allyn & Bacon: Boston.
8. Gerson, R. (1995). The family life cycle: phase, stages, and crises. Dans R.H. Mikesell, D.-D. Lusterman et S.H. McDaniel (Éd.), *Integrating family therapy: handbook of family psychology and systems theory* (1<sup>ère</sup> édition), 91-112, American Psychological Association: Washington, DC.
9. Haley, J. (1991). *Leaving Home : quand le jeune adulte quitte sa famille*, ESF : Paris.
10. Huppé, M. et Cyr, M. (1997). Répartition des tâches familiales et satisfaction conjugale de couples à double revenu selon les cycles familiaux. *Revue canadienne de counseling*, 31 (2), 145-162.

11. Kapinus, C.A. et Johnson, M.P. (2003). The utility of family life cycle as a theoretical and empirical tool. *Journal of Family Issues*, 24 (2), 155-184.
12. McGoldrick, M. (2005). Becoming a couple. Dans B. Carter et M. McGoldrick (Éd.), *The expanded family life cycle: individual, family, and social perspectives* (3<sup>ème</sup> édition), 231-248, Allyn & Bacon: Boston.
13. McGoldrick, M. et Carter, B. (1988). *Family life cycle – A framework for family therapy*. (2<sup>ème</sup> édition). Gardner Press: New York
14. McGoldrick, M. et Carter, B. (2003). The family life cycle. Dans F. Walsh (Éd.), *Normal family processes: growing diversity and complexity* (3<sup>ème</sup> édition), 375-398, The Guilford Press: New York.
15. McGoldrick, M. et Carter, B. (2005). Overview : the expanded family life cycle: individual, family, and social perspectives. Dans B. Carter et M. McGoldrick (Éd.), *The expanded family life cycle: individual, family, and social perspectives* (3<sup>ème</sup> édition), 1-26, Allyn & Bacon: Boston.
16. Pauzé, R. et Charbouillot, B. (2001). *L'anorexie chez les adolescentes*. Érès: Toulouse.
17. Pauzé R. et Touchette, L. (2006). Crise familiales et interventions systémiques. Dans M. Séguin, A. Brunet et L. Leblanc, *Intervention en situation de crise et en contexte traumatique*, 105-126, Gaëtan Morin éditeur : Montréal.
18. Root, M. P. P., Fallon P. et Friedrich W.N. (1986). *Bulimia – A systems approach to treatment*. Librairy of Congress: Canada.
19. Selvini-Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M, Sorrentino, A.M. (1990). *Les jeux psychotiques dans la famille*, ESF : Paris.
20. Sholevar, G.P. (2003). Family theory and therapy: an overview. Dans G.P. Sholevar et L.D. Schwoeri (Éd.), *Textbook of family and couples therapy* (1<sup>ère</sup> édition), 3-28, American Psychiatric Publishing: Washington, DC.
21. Timm, T. et Blow, A. (2005). The family life cycle and the genogram. Dans M. Cierpka, T. Volker et D.H. Sprenkle (Éd.), *Family Assessment integrating multiple perspectives*, Hogrefe & Huber Publishers: Cambridge, MA.
22. Walsh, F. (2003). Changing families in a changing world: reconstructing family normality. Dans F. Walsh (Éd.), *Normal family processes: growing diversity and complexity* (3<sup>ème</sup> édition), 3-26, The Guilford Press: New York.

23. Walsh, F.W. (1978). Concurrent grandparent death and birth of schizophrenic offspring: An intriguing finding. *Family Process*, 17, 457-463.
24. Zilbach, J. (2003). The family life cycle: a framework for understanding family development. Dans G.P. Sholevar et L.D. Schwoeri (Éd.), *Textbook of family and couples therapy* (1<sup>ère</sup> édition), 303-316, American Psychiatric Publishing: Washington, DC.

**Article 2:**

**Étude sur la résolution des tâches développementales chez les familles  
d'adolescents présentant une dysfonction alimentaire**

**Auteurs :**

**Marie-France Bradley <sup>1</sup>**

**Robert Pauzé <sup>2</sup>**

**Adresse de correspondance :**

**Robert Pauzé**

**Faculté d'éducation**

**Université de Sherbrooke**

**Sherbrooke, Québec, Canada, J1K 2R1**

---

<sup>1</sup> Étudiante à la maîtrise en psychoéducation, Université de Sherbrooke, Québec, Canada

<sup>2</sup> Ph.D., psychologue et professeur au département de psychoéducation, Université de Sherbrooke, Québec, Canada

**Résumé:** *Étude sur la résolution des tâches développementales chez les familles d'adolescents présentant une dysfonction alimentaire.* – Faisant suite à leur premier article recensant la littérature concernant la théorie de cycle de vie familiale, les auteurs présentent une étude effectuée auprès d'une population clinique d'adolescents anorexiques. L'objectif de celle-ci vise à identifier, chez des familles comprenant un(e) adolescent(e) anorexique(e) (n=9), les différentes tâches développementales difficilement résolues en les comparant à un échantillon de familles issues d'un groupe comparatif populationnel (n=11). Les résultats démontrent que les familles d'anorexiques sont davantage exposées à des échecs dans leurs tâches développementales familiales. Également, les difficultés développementales s'accroissent en nombre plus la famille évolue dans le temps. Enfin, les échecs développementaux caractérisant les familles d'anorexiques peuvent être regroupés autour de certains thèmes, dont notamment le couple parental, l'autonomisation et la socialisation des enfants.

**Mots-Clés :** famille – cycle de vie familiale – stades développementaux – tâches développementales – échec développemental – psychopathologie – anorexie mentale

**Summary:** *Study regarding the resolution of developmental tasks in families with a teenager having an eating disorder.* - Following their first article which is a synthesis of the literature concerning family life cycle theory, the authors now present a study made with a clinical population of anorexic teenagers. The objective of the study is to identify, in families with an anorexic teenager (n=9), the difficulties to cope with various developmental tasks by comparing them with a sample of families stemming from a comparative normal group (n=11). The results show that anorexic families are more likely to be exposed to failures in their family developmental tasks. Also, the developmental difficulties increase in number, following the family evolution in time. Finally, the developmental failures characterizing anorexic families can be grouped together around certain themes, which are the parental couple and children's autonomy and socialization.

**Key Words:** family – family life cycle – developmental stages – developmental tasks – developmental failure – psychopathology – anorexia nervosa

**Resumen: Resumen:** *Estudio sobre la resolución de las tareas del desarrollo entre las familias de adolescentes que presentan una disfunción alimentaria.* – Según su primer artículo que censa la literatura que concierne a la teoría de ciclo de vida familiar, los autores presentan un estudio efectuado acerca de una población clínica de adolescentes anoréxicos. El objetivo de éste trabajo pretende identificar, entre familias que comprenden a un adolescente anoréxico (n=9), las diferentes tareas del desarrollo difícilmente resueltas comparándolos con una muestra de familias nacidas de un grupo comparativo de la población (n=11). Los resultados demuestran que las familias de anoréxicos son expuestas a más fracasos en sus tareas del desarrollo familiar. También, las dificultades del desarrollo se incrementan en número a medida que la familia evoluciona en el tiempo. En resumen, los fracasos del desarrollo que caracterizan a las familias de anoréxicos pueden ser reagrupados entorno de ciertos temas, entre los que están particularmente la pareja, la autonomización y la socialización de los niños.

**Voz guía o Palabras clave:** familia – ciclo de vida familiar – fases del desarrollo – tareas del desarrollo – fracaso del desarrollo – psicopatología – anorexia mental



## 1. INTRODUCTION

Cet article est la suite d'un article intitulé *Cycle de vie familiale, échec dans la résolution des tâches développementales et apparition de l'anorexie à l'adolescence* (Bradley et Pauzé, 2008). Cet article a été écrit dans le but de faire état des connaissances concernant la question des stades développementaux des familles. Il y est notamment question de l'historique de cette approche, sa pertinence, ses avantages, de même que ses limites. En outre, nous décrivons les tâches développementales qui caractérisent chacun des quatre stades étudiés, soit a) le départ de la maison du jeune adulte célibataire, b) la formation du couple, c) la famille avec de jeunes enfants et d) la famille avec des adolescents. Nous débattons ensuite de la question de la relation entre la non-résolution des tâches développementales des familles et l'apparition de conduites symptomatiques chez un membre de la famille. À cet effet, malgré la rareté des études sur cette question, les conclusions des auteurs sont unanimes: la non-résolution de certaines tâches développementales au cours de l'évolution de la famille contribue à fragiliser son fonctionnement et augmente le risque qu'un des membres de la famille présente des comportements symptomatiques.

Dans cet article, nous avons également présenté les observations de certains chercheurs et cliniciens sur la relation entre de l'apparition d'une anorexie nerveuse chez des adolescentes et les échecs développementaux familiaux (Root, Fallon et Friedrich, 1986; Selvini-Palazzoli, Cirillo, Selvini et Sorrentino, 1990). Selon les observations de Root et al. (1986), les difficultés développementales des familles anorexiques s'observeraient principalement lors de l'arrivée des enfants et au moment où ceux-ci entrent à l'école. Dans le même ordre d'idées, Selvini-Palazzoli et al. (1990), dans leur modèle explicatif du processus anorexique en six stades, semblent reconnaître, sans le préciser formellement, que les familles d'anorexiques commenceraient à vivre des difficultés lors du stade de la famille avec de jeunes enfants et ce serait au moment de l'adolescence que le malaise relationnel atteindrait son paroxysme. Cet échec développemental résulterait de la difficulté du couple parental à maintenir une vie conjugale satisfaisante et à former un sous-système cohésif dans l'éducation des enfants. L'insatisfaction qui en résulte générerait un conflit latent « sans vraies crises, ni de scènes cathartiques, ni de séparations libératoires » (Selvini-Palazzoli et al., 1990, p. 191). Tôt ou tard la jeune fille qui devient anorexique serait « asservie à sa mère » (Selvini-Palazzoli et al., 1990, p. 208) ou prendrait la défense de son père qu'elle admire et qu'elle considère comme étant injustement traité par son épouse.

Les observations concernant la présence de difficultés développementales chez les familles d'adolescents anorexiques sont en partie corroborées par des études plus fondamentales sur les caractéristiques de ces familles. À cet égard, les résultats d'études empiriques indiquent des difficultés familiales chez les familles d'adolescentes anorexiques, dont notamment au niveau: a) du fonctionnement familial général (Emmanuelli, Ostuzzi, Cuzzolaro, Baggio, Lask et Waller, 2004; Józefik, Iniewicz, Namysłowska et Ułasińska, 2004; North, Gowers et Byram, 1995; Wallin et Hansson, 1999), b) des relations entre les membres de la famille (Casper et Troiani, 2001; Józefik et al., 2004; Iniewicz, Józefik, Namysłowska et Ułasińska, 2004; Karwautz, Nobis, Haidvogel, Wagner, Hafferl-Gattermayer,

Wöber-Bingöl, Friedrich, 2003; Murphy, Troop et Treasure, 2000), c) du couple conjugal (Józefik et al., 2004; Casper et Troiani 2001), d) de la cohésion familiale (Delannes, Doyen, Cook-Darzens et Mouren, 2005; Dare, Le Grange, Eisler et Rutherford, 1994), e) de la communication (Lattimore, Wagner et Gowers, 2000a; Emmanuelli et al., 2004), f) de l'expression des émotions (Dare et al., 1994; Shugar et Krueger, 1995), g) de la gestion des conflits (Dare et al., 1994; Latzer et Gaber, 1998), h) de la résolution de conflits ou de problèmes (Latzer et Gaber, 1998; Lattimore, Gowers et Wagner, 2000b) et i) de la flexibilité (Wallin et Hansson, 1999; Dare et al., 1994).

Bien que ces données soient convergentes et prometteuses, l'hypothèse formulée par les cliniciens et les chercheurs sur les difficultés développementales des familles des adolescentes anorexiques n'a à notre connaissance jamais été corroborée par des études plus systématiques sur la relation entre certaines tâches développementales non résolues dans les familles et le développement d'une anorexie à l'adolescence. L'objectif du présent article vise donc à présenter les résultats d'une étude exploratoire que nous avons réalisée afin d'identifier différentes tâches développementales qui seraient plus difficilement résolues par les familles d'anorexiques.

## 2. METHODOLOGIE

### 2.1 Participants

Les familles d'adolescent(e)s anorexiques qui ont participé à cette étude ont été recrutées parmi les familles bénéficiant du programme d'intervention de la clinique des dysfonctions alimentaires du Centre Hospitalier Universitaire de Sherbrooke (CHUS) au Canada. Toutes les familles qui répondaient aux critères suivants ont été approchées: a) avoir reçu des services des professionnels de ce programme entre novembre 2005 et mai 2007, b) être une famille intacte au moment de l'entrée dans le programme, c) comprendre au moins un enfant traversant ou ayant vécu la période de l'adolescence (peu importe qu'il s'agisse de l'adolescent anorexique ou de sa fratrie), d) l'adolescent(e) devait présenter l'ensemble des critères diagnostiques d'une anorexie nerveuse de type restrictif ou boulimique.

Selon ces critères, dix sujets pouvaient être inclus dans notre échantillon. Une adolescente a été écartée avant la collecte de données, puisque malgré le fait que sa famille soit officiellement intacte, les parents ne cohabitaient pas ensemble et le père n'avait ni participé au processus évaluatif, ni à l'intervention. De plus, chaque conjoint avait eu des enfants d'une union précédente, ce qui compliquait passablement la dynamique familiale. Les neuf familles restantes ont toutes été contactées en juin et juillet 2007. Toutes ont accepté de participer à l'étude. Lors de l'analyse des données, en avril 2008, une autre famille a été écartée de l'étude, puisque les données recueillies par le questionnaire allaient à l'encontre des observations cliniques réalisées lors du suivi, démontrant ainsi un style de réponses défensif. Une famille ayant débuté le suivi en septembre 2008 a donc été incluse dans le protocole, afin de conserver un nombre acceptable de sujets

participants. Au total, notre échantillon est composé de 8 filles et de 1 garçon présentant un diagnostic d'anorexie mentale dont l'âge varie entre 12 et 18 ans.

Afin de confirmer le diagnostic, nous avons demandé aux deux pédiatres responsables du suivi de ces jeunes de compléter une grille de cotation comprenant tous les critères diagnostiques de l'anorexie nerveuse tels que stipulés dans le DSM-IV (American Psychiatric Association, 2003). Ces critères diagnostiques sont les suivants :

1. Refus de maintenir le poids corporel au niveau ou au-dessus d'un poids minimum pour l'âge et la taille (poids inférieur à 85% du poids attendu);
2. Peur intense et persistante de prendre du poids ou de devenir gros, alors que le poids est inférieur à la normale;
3. Altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps, influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi, ou déni de la gravité de la maigreur actuelle;
4. Aménorrhée (chez un sujet post-pubère);
5. Le sujet n'a pas, de manière régulière, présenté de crises de boulimie ni recouru aux vomissements provoqués ou à la prise de purgatifs (sous-type restrictif);
6. Le sujet a, de manière régulière, présenté des crises de boulimie et/ou recouru aux vomissements provoqués ou à la prise de purgatifs (sous-type purgatif).

Un groupe témoin comparatif a également été constitué. Il a été recruté selon un échantillonnage par choix raisonné, en respectant des critères semblables aux sujets anorexiques: a) la famille devait être intacte, b) la famille devait comprendre au moins un enfant traversant ou ayant vécu la période de l'adolescence, c) la famille devait comprendre au moins une fille dans la fratrie, peu importe son rang au sein de celle-ci et d) aucune psychopathologie ne devait être présente chez les enfants. Onze familles ont ainsi été sélectionnées.

## 2.2 Instrument de mesure

N'ayant répertorié aucun questionnaire permettant d'évaluer la résolution des tâches développementales familiales, nous avons donc créé notre propre instrument pour les besoins de l'étude, soit le *Questionnaire sur les stades développementaux des familles (QSDF)*. Celui-ci est présenté en annexe de cet article. Plusieurs étapes furent nécessaires lors de l'élaboration de cet instrument. Ainsi, nous avons tout d'abord réalisé une recension exhaustive de la littérature concernant le cycle de vie familiale, ses stades et les principales tâches développementales familiales (Bradley et Puzé, soumis). Nous avons ensuite épuré l'information afin de faire ressortir les principales tâches que devait traverser toute famille intacte lors des quatre phases développementales qui nous intéressaient, soit le départ de la maison du jeune adulte célibataire, la formation du couple, la famille avec de jeunes enfants, de même que la famille avec des adolescents. Sur la base de ces tâches, des questions ont été formulées, visant à discriminer l'atteinte ou l'échec de chacune des tâches développementales. Une première version du questionnaire a ainsi été créée et celle-ci a été ensuite soumise à un groupe de chercheurs du milieu universitaire, qui l'ont complétée et ont suggéré diverses améliorations au plan de la clarté. D'autres questions

concernant des tâches pertinentes, mais non recensées explicitement par la littérature ont également été ajoutées afin de représenter fidèlement la réalité nord-américaine actuelle. Une seconde version a donc été créée et soumise cette fois à des familles de la population normale afin de s'assurer que les questions et les choix de réponses étaient clairs et sans ambiguïté. Quelques modifications mineures ont ainsi été apportées. La version actuelle de l'instrument comprend 150 questions. Tous les énoncés (sauf un) comprennent un choix de réponse en deux, quatre ou cinq points selon les diverses sections. Ceux-ci sont également regroupés selon les quatre premiers stades développementaux des familles et divisés en 22 catégories de tâches développementales différentes (voir tableau 1).

**Tableau I**

**Les quatre premiers stades développementaux des familles et les catégories de tâches développementales associées**

Stades développementaux des familles	Catégories de tâches développementales	Nombre d'items
Le départ du jeune adulte célibataire	1. Niveau de préparation au moment du départ	6
	2. Réactions de l'entourage face au départ	4
	3. Conséquences du départ sur les relations dans la famille	9
	4. Conduites de différenciation face à la famille	7
	5. Autonomisation suite au départ de la maison	5
La formation du couple	6. Impact de la formation du couple sur les relations avec l'entourage	4
	7. Premières négociations entre les conjoints	4
	8. Facteurs de risque associés à la formation du couple	26
La famille avec de jeunes enfants	9. Situation du couple à la naissance du premier enfant	3
	10. Impact de l'arrivée des enfants sur la relation de couple	8
	11. Impact de l'arrivée des enfants au niveau personnel	6
	12. Impact de l'arrivée des enfants au niveau des relations sociales et avec la famille d'origine	6
	13. Négociation dans le couple face aux tâches et responsabilités parentales	11
	14. Soutien de l'enfant dans son développement	3
La famille avec des adolescents	15. Attentes face au projet familial	3
	16. Soutien à l'autonomie et à la responsabilisation de l'adolescent(e)	5
	17. Redéfinition du pouvoir des parents face à l'adolescent(e)	16
	18. Soutien à la socialisation	3
	19. Soutien dans le développement identitaire et personnel de l'adolescent(e)	4
	20. Impact de l'adolescence sur le couple parental	7
	21. Multiples demandes à l'adolescence	2
	22. Nouveau enjeux de l'adolescence	6

### 2.3 Collecte des données

Chez les sujets anorexiques, la collecte des données a eu lieu en juin et juillet 2007. Nous avons recruté les familles qui étaient inscrites dans le programme d'intervention depuis quelques mois afin de ne pas induire de biais en interrogeant des familles encore sous le choc du diagnostic et luttant toujours activement contre la maladie, donc peu disponibles à une telle démarche. Lors de l'entrevue, la présence des deux parents était requise en même temps dans le but d'accélérer la passation. Ceux-ci complétaient donc chacun leur copie de façon séparée et la chercheuse demeurait sur les lieux, répondant au besoin aux interrogations et précisions demandées. Chez l'ensemble des familles interrogées, on demandait aux parents de répondre à l'instrument en pensant à leur enfant aîné, puisque le premier enfant de la famille est celui qui, malgré lui, entraîne sa famille à travers les différents stades évolutifs. L'instrument prenait environ 20 à 30 minutes à compléter et les parents n'avaient pas accès aux réponses de leur conjoint, par soucis de confidentialité. Il était également offert aux parents, s'ils étaient toujours suivis à la clinique et s'ils en signaient le consentement, la possibilité de transmettre ces informations au psychologue responsable du suivi de leur famille, cela dans le but de fournir des informations pouvant permettre d'améliorer les services dispensés.

Chez les sujets du groupe témoin, la passation du questionnaire a été un peu différente. Ainsi, les familles ont été recrutées à partir de l'été 2007 jusqu'en avril 2008. Les familles recrutées ont parfois complété le questionnaire par eux-mêmes à la maison et, en d'autres situations, une assistante de recherche s'est déplacée à domicile afin de procéder à la passation du questionnaire.

### 2.4 Analyse des données

À la suite de la passation des questionnaires, les résultats étaient retranscrits dans un fichier regroupant l'ensemble des 22 catégories de tâches développementales présentées plus haut. Les réponses des deux parents étaient compilées en un seul tableau (voir annexes B et C). Nous avons statué qu'il n'était pas nécessaire que les deux parents reconnaissent une difficulté pour l'inscrire au score total. L'identification d'un élément problématique par un seul des parents signalait pour nous une difficulté sur cette dimension. Également, afin de déterminer qu'une question constituait une tâche développementale non résolue, nous avons statué un seuil clinique, propre à chacun des choix de réponse. Le seuil que nous avons utilisé pour chacune des questions correspond à la réponse cochée d'un « x » à chacun des énoncés du questionnaire (voir annexe A).

## 3. RESULTATS

En premier lieu, nous avons comparé les deux sous-groupes de familles sur le nombre total de tâches développementales non résolues du point de vue de l'un ou l'autre des parents. Selon les résultats des comparaisons, il apparaît que les familles d'anorexiques sont confrontées à un nombre moyen plus élevé de tâches développementales non résolues ( $m = 53,1$   $s = 11,6$ ) que les familles du groupe témoin ( $m = 37,6$ ,  $s = 15,7$ ) et cette différence est statistiquement significative ( $U = 22,5$ ,  $p = 0,04$ ).

Ensuite, nous avons procédé à des comparaisons afin d'établir la proportion de familles des deux sous-groupes qui rencontraient des difficultés dans chacun des 150 énoncés du questionnaire. Les résultats de ces comparaisons sont présentés dans le tableau II. À noter que seuls les résultats qui se sont avérés significatifs ( $p < 0,05^*$ ) ou marginalement significatifs ( $p \leq 0,069^{**}$ ) sont présentés.

**Tableau II**  
**Tâches développementales non résolues chez les familles anorexiques dans chacun des stades développementaux investigués**

Tâche développementale	% de familles d'anorexiques	% de familles du groupe témoin	Khi-carré	P
<b>Stade développemental 1 : Le départ du jeune adulte célibataire</b>				
Âge précoce au moment du départ de la maison.	44	9	3.300	0.069**
<b>Stade développemental 2 : La formation du couple</b>				
Dépendance du couple parental sur une des familles d'origine au plan financier, physique ou émotionnel.	44	9	3.300	0.069**
Difficulté conjugale chez les parents du couple.	55	9	5.089	0.024*
Un des conjoints tend à imposer son point de vue à l'autre.	44	9	3.300	0.069**
<b>La famille avec de jeunes enfants</b>				
Répercussions négatives de l'arrivée du premier enfant dans la famille au plan professionnel.	55	9	5.089	0.024*
Difficulté d'accepter les changements relationnels avec la famille après l'arrivée du premier enfant.	55	9	5.089	0.024*
Difficulté à soutenir l'insertion sociale des enfants dans le quartier.	55	9	5.089	0.024*
Difficulté à soutenir l'insertion sociale des enfants à l'école.	44	0	6.111	0.013*
<b>Stade développemental 3 : La famille avec des adolescents</b>				
Difficulté à assouplir les règles familiales à l'adolescence.	44	9	3.300	0.069**

Gestion difficile des tensions familiales causées par les revendications de l'adolescent.	77	36	3.430	0.064**
Difficulté à laisser l'adolescent choisir son parcours scolaire.	33	0	4.314	0.038*
Difficulté à soutenir l'adolescent dans ses choix, bien qu'ils ne correspondent pas toujours aux attentes des parents.	44	9	3.300	0.069**
Difficulté à soutenir l'adolescent dans son insertion sociale.	55	9	5.089	0.024*
Difficulté à aider son adolescent à mieux se connaître et à se développer une identité propre.	44	9	3.300	0.069**
Gestion difficile des tensions conjugales causées par les revendications de l'adolescent.	66	18	4.848	0.028*
Gestion difficile du temps accru passé seul avec son conjoint.	44	9	3.300	0.069**
Difficulté à préserver les loisirs personnels des conjoints en dehors de la famille.	77	36	3.430	0.064**

Les résultats des comparaisons présentés dans le tableau 2 indiquent en premier lieu que les familles des adolescents anorexiques ont été confrontées à des difficultés sur le plan développemental à l'intérieur de chacun des stades développementaux documentés. En outre, il apparaît que le nombre de difficultés développementales augmente en fonction de l'évolution des familles. Ainsi, on remarque un seul échec sur 31 énoncés au stade 1, trois échecs sur 34 énoncés au stade 2, quatre échecs sur 40 énoncés au stade 3 et neuf échecs sur 41 énoncés au stade 4 du développement des familles. Une première conclusion peut déjà être dégagée de ces résultats: les familles d'adolescents anorexiques sont confrontées à davantage de tâches développementales non résolues que les familles du groupe témoin et les difficultés développementales semblent augmenter progressivement au cours de l'évolution des familles.

En second lieu les résultats des comparaisons indiquent que les principales difficultés développementales présentées par les familles d'adolescentes anorexiques concernent: a) certaines facettes de la vie conjugale (n=3) (un des parents a tendance à imposer son point de vue à l'autre au moment de la formation du couple; la gestion difficile des tensions conjugales causées par les revendications de l'adolescent; la gestion difficile du temps accru passé seul avec son conjoint au moment de la phase de l'adolescence) et b) personnelle (n=2) (les répercussions négatives de l'arrivée du premier enfant dans la famille au plan professionnel; la difficulté à préserver les loisirs personnels des conjoints en dehors de la famille), c) l'insertion sociale des enfants (n=3) (difficulté à soutenir l'insertion sociale des enfants dans le quartier; difficulté à soutenir l'insertion

sociale des enfants à l'école; difficulté à soutenir l'adolescent dans son insertion sociale) et d) le développement de l'autonomie de l'adolescent (n=3) (difficulté à laisser l'adolescent choisir son parcours scolaire; difficulté à soutenir l'adolescent dans ses choix, difficulté à aider son adolescent à mieux se connaître et à développer une identité propre), e) le fonctionnement de la famille (n=2) (difficulté à assouplir les règles familiales à l'adolescence; gestion difficile des tensions familiales causées par les revendications de l'adolescent) et f) les relations avec la famille étendue (n=1) (difficulté d'accepter les changements relationnels avec la famille après l'arrivée du premier enfant). En outre, il ressort que davantage de parents de familles d'adolescentes anorexiques ont quitté leur famille à un âge précoce et ont dû dépendre d'une des familles d'origine au plan financier, physique ou émotionnel au moment de la formation du couple, en plus d'une plus grande instabilité conjugale chez les parents d'un des membres du couple.

Ainsi, deux catégories de tâches développementales non résolues caractériseraient principalement les familles d'adolescentes anorexiques. D'une part, il ressort des difficultés au sein de ces familles sur le plan de la vie conjugale et personnelle des parents et, d'autre part, sur le plan du soutien à l'autonomisation de l'adolescent.

#### 4. DISCUSSION

Globalement, les résultats de notre étude indiquent que les familles d'anorexiques sont confrontées à davantage d'échecs développementaux que les familles du groupe témoin. De plus, il apparaît que les difficultés développementales augmentent de façon croissante au fur et à mesure de l'évolution de la famille dans le temps. Selon certains chercheurs, le cumul de tâches développementales non résolues dans une famille fragiliserait son fonctionnement et favoriserait l'apparition de comportements symptomatiques chez ses membres (Haley, 1973, dans Zilbach, 2003; Root et al., 1986; Walsh, 1978). Ce phénomène pourrait s'expliquer par le fait que les difficultés rencontrées dans la résolution des différentes tâches développementales à chacun des stades évolutifs de la famille influencent la capacité des membres à résoudre les tâches développementales ultérieures en réduisant les options disponibles. Cela serait attribuable au fait que les échecs développementaux ne permettraient pas à la famille d'acquérir les habiletés nécessaires à la résolution des tâches développementales ultérieures (Aldous, 1996; McGoldrick et Carter, 1988)

Nos résultats de recherche ont également permis de mettre en évidence des difficultés au sein de ces familles sur le plan de la vie conjugale et personnelle des parents. Ces résultats vont dans le sens des observations de Selvini-Palazzoli et al. (1990) qui soutiennent que le couple parental dans les familles d'anorexiques arrive difficilement à maintenir une cohésion dans l'éducation des enfants, de même qu'une relation conjugale satisfaisante. Ils s'inscrivent également dans la lignée des conclusions de l'étude de Józefik et al. (2004) qui signalent que les parents d'adolescentes anorexiques auraient une vision plus détériorée de leur relation conjugale. Dans les faits, ceux-ci décrivent leur époux de façon



significativement plus négative que les parents du groupe témoin. De même, Casper et Troiani (2001) notent que les pères des familles d'anorexiques restrictives évaluent leur relation conjugale comme étant plus perturbée que les familles du groupe contrôle.

Nos résultats de recherche révèlent également des difficultés chez les parents des familles d'adolescents anorexiques à soutenir leur enfant sur le plan de l'autonomisation. La difficulté des parents à soutenir l'autonomie de leur adolescent pourrait s'expliquer par diverses caractéristiques familiales observées chez ces familles par plusieurs auteurs, dont notamment l'enchevêtrement et la forte cohésion (Minuchin, Rosman et Baker, 1978), la difficulté à établir des frontières claires entre les parents et les enfants (Rowa, Kerig et Geller, 2001), la surprotection parentale (Blair, Freeman et Cull, 1995; Laporte, Marcoux et Guttman, 2001) et le souhait que l'adolescent se conforme aux attentes des parents (Bruch, 1978). Ce fonctionnement familial centripète limiterait la capacité de l'adolescent à se différencier de sa famille et ne le préparerait pas adéquatement à affronter les tâches inéluctables de l'adolescence (Pauzé et Charbouillot, 2001).

Par ailleurs, des conclusions intéressantes peuvent aussi être dégagées au plan de l'insertion sociale. Ainsi, l'observation selon laquelle les parents auraient de la difficulté à soutenir l'insertion sociale de leur adolescent est cohérente avec les résultats de plusieurs études où l'on observe des difficultés sociales chez les adolescentes anorexiques (Pauzé, Couture, Lavoie, Pesant, Beauregard, Mailloux et Mercier, soumis). En effet, selon ces études, il est reconnu que les jeunes filles anorexiques présentent généralement une faible estime d'elles-mêmes (Bruch, 1978; Fairburn et Harrison, 2003; Pauzé et Charbouillot, 2001; Steiner, Kwan, Shaffer, Walker, Miller, Sagar et Lock, 2003). Elles ont le sentiment d'être incompetentes et inefficaces dans leurs performances personnelles et sociales, elles se sentent incapables de prendre des décisions, de faire confiance à leurs propres expériences (Bruch, 1978; Pauzé et Charbouillot, 2001) et elles se sentent inférieures aux autres (Garner et Garfinkel, 1985). Ces jeunes filles auraient souvent la crainte de ne pas être en mesure de se faire d'amis ou de ne pas être à la hauteur face aux autres adolescents, puisqu'elles considèrent ne pas avoir le physique adéquat (Bruch, 1978). Aussi, elles ne semblent pas convaincues de leur propre valeur; pour compenser, elles chercheraient à correspondre à l'image parfaite ou tout simplement à éviter le contact avec les personnes extérieures (Bruch, 1978). Ce malaise ou cette crainte des relations sociales serait, selon plusieurs, une source de motivation importante dans la décision d'entreprendre leur diète (Cash et al., 1995, Hawkins et al., 1984, Rodin et al., 1985, Tiggemann et al., 1994, Van Strien et al., 1989, tous dans Bulik, 2002). Dans ce contexte, la recherche de la minceur pourrait être considérée comme une stratégie d'insertion auprès de leurs pairs (Lacharité, 1991), un moyen de satisfaire leur besoin de sécurité et de pouvoir (Bruch, 1978) et une défense contre l'insécurité, l'incapacité et l'impuissance (Pauzé et Charbouillot, 2001). Ces données peuvent donc nous permettre de penser que la difficulté pour les parents à soutenir l'insertion sociale de leur enfant, combinée à des caractéristiques personnelles ne

favorisant pas des conduites de socialisation adéquates, conduit forcément à une socialisation insatisfaisante chez les adolescents anorexiques.

Enfin, au plan du fonctionnement familial, nos résultats suggèrent plus de difficultés chez les parents d'anorexiques face à l'assouplissement des règles familiales lors de l'adolescence, de même qu'une gestion difficile des tensions dans la famille provoquées par les revendications à l'adolescence. On remarque ainsi que le fonctionnement familial fragilisé semble être plus marqué à l'adolescence. La difficulté des familles d'adolescentes anorexiques à revoir leurs règles de fonctionnement au moment de l'adolescence serait attribuable à la rigidité des patterns familiaux qui caractérisent les systèmes familiaux des anorexiques (Dare et al., 1994; Minuchin et al., 1978; Wallin et Hansson, 1999). Au plan des tensions, certaines études reconnaissent également une tendance chez les familles d'anorexiques à l'évitement des conflits (Dare et al., 1994; Latzer et Gaber, 1998). De plus, au plan de la résolution de ces conflits, Latzer et Gaber (1998) notent que les familles d'anorexiques ont plus de difficultés à obtenir un consensus face à un sujet conflictuel et à y trouver une solution. Ainsi, cette importante rigidité de même que les difficultés à affronter les conflits et les résoudre efficacement sont cohérentes avec nos résultats de recherche indiquant un ajustement difficile des règles familiales et une gestion ardue des tensions.

## 5. CONCLUSION

Ces différents résultats de recherche invitent d'une part les chercheurs à poursuivre des études afin de mieux comprendre l'impact de la non-résolution des tâches développementales sur l'apparition de l'anorexie mentale et, d'autre part, les cliniciens à porter leur attention sur cet aspect lors de leur travail avec les familles d'anorexiques. Malgré l'intérêt de ces résultats, il faut mentionner les limites de cette étude. D'abord celle-ci a été réalisée auprès d'un échantillon relativement restreint, ce qui limite la possibilité de généralisation des résultats à l'ensemble de la population anorexique. D'ailleurs, compte tenu du faible nombre de participants, nous ne sommes pas en mesure d'établir si l'évolution des familles est la même dans les cas d'anorexies restrictives, boulimiques ou pré-pubères. De même, il ne faut pas oublier non plus que le groupe témoin n'a pas été sélectionné selon une méthode aléatoire, ce qui limite aussi la possibilité de généralisation des résultats.

Ensuite, l'instrument utilisé a été créé pour les fins de cette recherche. Il n'a donc pas subi une validation rigoureuse et pourrait comporter des lacunes au plan psychométrique. En outre, il est certain que la population clinique étudiée était ou avait été récemment sous traitement. Lors de la phase d'évaluation et durant la thérapie, les tâches développementales familiales sont analysées avec la famille, en portant attention aux difficultés vécues lors de ces moments. D'autres thèmes majeurs sont également abordés dans le contexte thérapeutique, soit la socialisation de leur adolescent, de même que son autonomisation. Ainsi, nous pouvons nous demander quelle part des résultats est attribuable au traitement, et quelle proportion relève réellement du groupe d'appartenance des sujets.

Néanmoins, les conclusions de l'étude correspondent aux observations générales des cliniciens et sont également cohérentes avec la littérature scientifique du domaine. Il serait toutefois intéressant de procéder à une seconde étude avec un échantillon clinique plus important en nombre et comprenant un groupe témoin choisi aléatoirement. Le questionnaire devrait aussi être testé auprès d'une population étendue afin de valider ses propriétés psychométriques et effectuer les modifications requises. Il pourrait également être intéressant de vérifier si les conclusions tirées de cette étude peuvent être reproduites au sein d'autres populations cliniques.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Aldous, J. (1996). *Family careers, rethinking the developmental perspective*. SAGE Publications Inc: Thousand Oaks, CA.
2. American Psychiatric Association. (2003). *DSM-IV-TR Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux Texte révisé* (4<sup>ème</sup> édition). Masson: Paris.
3. Blair, C., Freeman, C. et Cull, A. (1995). The families of anorexia nervosa and cystic fibrosis patients. *Psychological Medicine*, 25(5), 985-994.
4. Bradley, M.-F. et Pauzé, R. (soumis). Cycle de vie familiale, échecs dans la résolution des tâches développementales et apparition de l'anorexie à l'adolescence. *Thérapie Familiale*.
5. Bruch, H. (1978). *L'énigme de l'anorexie*. Presses Universitaires de France: Paris.
6. Bulik, C. M. (2002). Eating disorders in adolescents and young adults. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 11(2), 201-218.
7. Casper, R.C. et Troiani, M. (2001). Family functioning in anorexia nervosa differs by subtype. *International Journal of Eating Disorders*, 30, 338-342.
7. Dare, C., Le Grange, D., Eisler, I. et Rutherford, J. (1994). Redefining the psychosomatic family: Family process of 26 eating disorders families. *International Journal of Eating Disorders*, 16(3), 211-226.
8. Delannes, S., Doyen, C., Cook-Darzens, S., Mouren, M.-C. (2005). Les stratégies d'attachement, leur transmission et le fonctionnement familial d'adolescentes anorexiques mentales. *Annales Médico-Psychologiques*, 164(7), 565-572.
9. Emmanuelli, F., Ostuzzi, R., Cuzzolaro, M., Baggio, F., Lask, B. et Waller, G. (2004). Family functioning in adolescent anorexia nervosa: A comparison of family members' perceptions. *Eating and Weight Disorders*, 9, 1-6.
10. Fairburn C. G., Harrison P. J. (2003). Eating Disorders. *Lancet*, 361(9355), 407-416.
11. Garner D.M. & Garfinkel P.E. (1985). *Handbook of Psychotherapy for Anorexia Nervosa and Bulimia*. Guilford Press: New York.
12. Iniewicz, G., Józefik, B., Namysłowska, I. et Ulasińska, R. (2004). Family relations as perceived by females suffering from anorexia nervosa – Part II. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 6(3), 61-75.

13. Józefik, B., Iniewicz, G., Namysłowska, I. et Ułasińska, R. (2004). Family relations as perceived by parents of females suffering from anorexia nervosa – Part I. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 6(2), 47-60.
14. Karwautz, A., Nobis, G., Haidvogel, M., Wagner, G., Hafferl-Gattermayer, A., Wöber-Bingöl, C. et Friedrich, M.H. (2003). Perceptions of family relationships in adolescents with anorexia nervosa and their unaffected sisters. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 12, 128-135.
15. Lacharité D. (1991). *Les changements survenus dans la vie d'anorexiques primaires au cours de l'année qui précède le début de leur diète*. Mémoire de maîtrise en éducation, Université de Sherbrooke, Québec.
16. Laporte, L., Marcoux, V. et Guttman, H.A. (2001). Caractéristiques des familles de femmes présentant un trouble d'anorexie mentale restrictive comparées à celles de familles témoins. *L'Encéphale*, 17, 109-119.
17. Lattimore, P.J., Wagner, H.L. et Gowers, S. (2000a). Conflict avoidance in anorexia nervosa: an observational study of mothers and daughters. *European Eating Disorders Review*, 8, 355-368.
18. Lattimore, P.J., Gowers, S. et Wagner, H.L. (2000b). Autonomic arousal and conflict avoidance in anorexia nervosa: A Pilot Study. *European Eating Disorders Review*, 8, 31-39.
19. Latzer, Y. et Gaber, L.B. (1998). Pathological conflict avoidance in anorexia nervosa: Family perspectives. *Contemporary Family Therapy*, 20(4), 539-551.
20. McGoldrick, M. et Carter, B. (1988). *Family life cycle – A framework for family therapy*. (2<sup>ème</sup> édition). Gardner Press: New York.
21. Minuchin, S., Rosman, B.L. et Baker, L. (1978). *Psychosomatic Families*. Harvard University Press: Cambridge, Massachusetts.
22. Murphy, F., Troop, N.A. et Treasure, J.L. (2000). Differential environmental factors in anorexia nervosa: A sibling pair study. *British Journal of Clinical Psychology*, 39, 193-203.
23. North, C.D., Gowers, S.G. et Byram, V. (1995). Family functioning in adolescent anorexia nervosa. *The Royal College of Psychiatrists*, 167(5), 673-678.
24. Pauzé, R. et Charbouillot, B. (2001). *L'anorexie chez les adolescentes*. Érès: Toulouse.
25. Pauzé, Couture, Lavoie, Pesant, Beauregard, Mailloux et Mercier (soumis). L'intervention auprès du réseau d'amies et d'amis des adolescentes anorexiques. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseau*.

26. Root, M. P. P., Fallon P. et Friedrich W.N. (1986). *Bulimia – A systems approach to treatment*. Librairy of Congress: Canada.
27. Rowa, K., Kerig, P.K. et Geller, J. (2001). The family and anorexia nervosa: Examining parent-child boundary problems. *European Eating Disorders Review*, 9, 97-114.
28. Selvini-Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M, Sorrentino, A.M. (1990). *Les jeux psychotiques dans la famille*. ESF: Paris.
29. Shugar, G. et Krueger, S. (1995). Aggressive family communication, weight gain, and improved eating attitudes during systemic family therapy for anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 17, 23-31.
30. Steiner H., Kwan W., Shaffer T. G., Walker S., Miller S., Sagar A. & Lock J. (2003) : Risk and protective factors for juvenile eating disorders. *European Child & Adolescent Psychiatry* 12(11), 38-46.
31. Wallin, U., Hansson, K. (1999). Anorexia nervosa in teenagers: Patterns of family function. *Nordic Journal of Psychiatry*, 53, 29-35.
32. Walsh, F.W. (1978). Concurrent grandparent death and birth of schizophrenic offspring: An intriguing finding. *Family Process*, 17, 457-463.
33. Zilbach, J. (2003). The family life cycle: a framework for understanding family development. Dans G.P. Sholevar et L.D. Schwoeri (Éd.), *Textbook of family and couples therapy* (1<sup>ère</sup> édition), 303-316. American Psychiatric Publishing: Washington, DC

## CONCLUSION: IMPLICATION POUR LA PRATIQUE CLINIQUE

Les deux articles compris dans ce mémoire permettent de dresser des constats intéressants au plan de la pratique clinique. Tout d'abord, tant la recension d'écrits citée dans le premier article que les résultats de notre étude mettent en lumière l'importance de tenir compte de l'évolution des familles quant à la réussite de leurs tâches développementales. Ainsi, notre étude démontre que la non-résolution des différentes tâches développementales semble entraîner à long terme un cumul où les difficultés s'accroissent dans le temps, la famille étant de moins en moins apte à relever les nouveaux défis développementaux. Cette tendance est également cohérente avec la littérature, où l'on avance selon certaines théories que la réussite des premiers défis développementaux formerait la base sur laquelle la famille s'appuie afin de résoudre les tâches subséquentes. Des difficultés non résolues survenant tôt dans le processus développemental auraient donc des répercussions considérables.

De même, le fait d'avoir observé davantage de tâches développementales non résolues chez les familles d'anorexiques est cohérent avec la littérature suggérant que les difficultés développementales familiales puissent avoir des conséquences importantes sur les membres des familles. Ce fait soulève d'autant plus l'impact déterminant de chaque famille sur ses membres. Dans cette optique, tout intervenant œuvrant auprès des familles aurait grand avantage à connaître les différentes tâches développementales traversées par les familles et à les évaluer rigoureusement. En questionnant méthodiquement les familles sur leur évolution, l'intervenant sera en mesure de constater quelles ont été les sphères développementales difficiles pour celles-ci à travers leur histoire. Ce tour d'horizon jettera certainement un éclairage différent sur les difficultés actuellement présentées par la famille, en permettant souvent de repérer des similitudes avec les problèmes du passé.

Également, le second article présente un outil d'évaluation des tâches développementales familiales. Cet instrument, basé sur une recension exhaustive de la littérature dans le domaine du cycle de la vie familiale, peut s'avérer utile pour tout intervenant travaillant auprès de familles de type intact afin de repérer rapidement les tâches non résolues tout en s'assurant de couvrir l'ensemble des dimensions développementales.

Enfin, il est certain que ce domaine de connaissance demeure encore très méconnu au plan scientifique. Ainsi, à notre connaissance, aucune autre étude n'a tenté d'évaluer systématiquement la résolution des tâches développementales familiales. Ainsi, plusieurs avenues restent à explorer. Tout d'abord, l'outil d'évaluation, qui ne s'applique présentement qu'aux familles intactes, gagnerait à être bonifié afin de s'appliquer à l'ensemble des configurations familiales. Une validation de ses propriétés psychométriques serait également à réaliser. Enfin, il serait pertinent de faire des études auprès de populations présentant d'autres problématiques, afin d'apprécier l'impact du développement familial auprès de plusieurs clientèles.



**ANNEXE A**

**QUESTIONNAIRE QSDF AVEC SEUILS CLINIQUES**

**QSDF : QUESTIONNAIRE SUR LES STADES DEVELOPPEMENTAUX DES FAMILLES (AVEC SEUILS CLINIQUES INDIQUES PAR ☒)**

Nom du parent : \_\_\_\_\_

Numéro de dossier : \_\_\_\_\_

*Le présent questionnaire vise à documenter comment vous avez réagi face aux différents défis reliés à chacune des phases de votre famille. Il est important que vous sachiez qu'il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses, chacun ayant sa propre façon de répondre à ces multiples défis. Il importe donc de répondre avec le plus de justesse possible aux questions afin que nous soyons en mesure de mieux comprendre votre situation comme parent et le fonctionnement de votre famille.*

**STADE 1 : LE DEPART DE LA MAISON DU JEUNE ADULTE**

*Les questions qui suivent concernent le moment où vous avez quitté définitivement votre domicile familial pour aller vous établir ailleurs.*

<i>Avant mon départ définitif de la maison...</i>	Oui	Non
1. J'ai quitté la maison et je suis revenu(e) dans ma famille au moins une fois.	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
2. J'ai attendu que mes études soient complétées avant de quitter ma famille.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>2</sub>
3. J'ai attendu d'avoir un emploi stable avant de quitter ma famille.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>2</sub>

<i>Au moment de mon départ définitif de la maison...</i>	Tout à fait d'accord	D'accord	En désaccord	Tout à fait en désaccord
4. Je me sentais prêt(e) à quitter ma famille.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>4</sub>
5. Mon départ de la maison était accepté par mes parents.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>4</sub>
6. Mon départ de la maison était encouragé par mes parents.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>4</sub>
7. Mon départ a déçu mes parents.	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
8. J'ai fait des choix personnels différents de ceux attendus par mes parents.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>4</sub>
9. J'ai fait des choix professionnels différents de ceux attendus par mes parents.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>4</sub>
10. Mon départ de la maison a perturbé la vie de mes parents.	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
11. Mon départ de la maison a perturbé la vie des autres membres de la famille.	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>

<i>Suite à mon départ définitif de la maison...</i>	Tout à fait d'accord	D'accord	En désaccord	Tout à fait en désaccord
12. J'ai été soutenu(e) par mes parents sur le plan économique ou matériel au moment de mon départ de la maison.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>4</sub>
13. J'ai maintenu de bons contacts avec mes parents.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>4</sub>
14. J'ai maintenu de bons contacts avec mes frères et sœurs.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>4</sub>
15. J'étais indépendant(e) de ma famille sur le plan financier.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>4</sub>
16. J'étais indépendant(e) de ma famille sur le plan affectif et relationnel.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>4</sub>
17. Mes parents étaient inquiets pour moi.	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
18. J'ai fait des choix personnels conformes aux attentes de mes parents.	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
19. J'ai fait des choix professionnels conformes aux attentes de mes parents.	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
20. J'ai adopté un système de valeurs identique à celui de ma famille d'origine.	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
21. J'ai développé une relation égalitaire avec mes parents.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>4</sub>
22. Mon départ a perturbé la relation de couple de mes parents.	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
23. Je me suis senti(e) obligé(e) de venir visiter souvent ma famille.	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
24. Je me suis senti(e) obligé(e) de téléphoner souvent à ma famille.	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
<i>Suite à mon départ définitif de la maison...</i>			Oui	Non
25. J'ai habité immédiatement avec un(e) conjoint(e).			<input checked="" type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
26. J'ai assumé tous mes frais de subsistance (logement, nourriture, transport) sans l'aide de ma famille.			<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>2</sub>
27. J'ai occupé un emploi.			<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>2</sub>
28. J'ai continué à étudier à plein temps.			<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>2</sub>
29. J'étais sans emploi et je n'allais pas à l'école.			<input checked="" type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>

	Avant 18 ans	Entre 18 et 21 ans	Entre 22 et 25 ans	Plus tard
30. À quel âge êtes-vous parti(e) définitivement de la maison ?	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
	À toutes les semaines	2-3 fois par mois	1 fois par mois	Moins d'une fois par mois
31. Quelle a été la fréquence des contacts (téléphone, visite, courriel) avec votre famille dans l'année qui a suivi votre départ de la maison ?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>4</sub>
32. Quel a été le principal motif de votre départ de la maison ?				
<hr/>				
<hr/>				
<hr/>				

## STADE 2 : LA FORMATION DU COUPLE

### *Lors de la formation de votre couple actuel...*

*Dans quelle mesure êtes-vous en accord ou en désaccord avec les énoncés suivants.*

	Tout à fait d'accord	D'accord	En désaccord	Tout à fait en désaccord
33. J'ai établi un bon lien avec la famille de mon/ma conjoint(e).	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>4</sub>
34. J'ai établi un bon lien avec les amis de mon/ma conjoint(e).	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>4</sub>
35. J'ai maintenu de bons liens avec ma propre famille.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>4</sub>
36. J'ai maintenu de bons liens avec mes amis.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>4</sub>

### *Toujours lors de la formation de votre couple actuel...*

*Veuillez indiquer comment vous avez su négocier les situations suivantes.*

	Très facile à négocier	Facile à négocier	Difficile à négocier	Très difficile à négocier
37. Aménager notre première habitation commune en tenant compte des goûts et des besoins de chacun.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>4</sub>
38. Gérer ensemble le budget et les avoirs communs.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>4</sub>
39. Définir de façon satisfaisante les tâches, les rôles et les responsabilités de chacun.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>4</sub>
40. Apprendre à résoudre de façon satisfaisante les conflits et les tensions conjugales.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>4</sub>

### *Au début de votre relation de couple...*

*Veuillez cocher les énoncés qui s'appliquent à votre situation lorsque vous avez débuté votre vie conjugale.*

	Oui	Non	Ne s'applique pas
41. Il y avait des différences marquées entre nous concernant notre niveau d'éducation.	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	
42. Il y avait des différences marquées entre nous concernant notre profession.	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	
43. Il y avait des différences marquées entre nous concernant nos revenus.	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	
44. Un des conjoints était financièrement dépendant de l'autre parce qu'il était aux études ou à cause d'un manque d'emploi.	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	
45. Un des conjoints limitait les contacts de l'autre avec sa famille.	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	
46. Un des conjoints limitait les contacts de l'autre avec ses amis.	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	
47. Un des conjoints refusait que l'autre travaille à l'extérieur.	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	
48. Un des conjoints avait des comportements violents verbalement envers l'autre.	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	

<i>Au début de notre relation de couple (suite)...</i>	Oui	Non	Ne s'applique pas
49. Un des conjoints avait des comportements violents physiquement envers l'autre.	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	
50. La rencontre a eu lieu peu après une perte amoureuse significative pour un des conjoints.	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	
51. Un des conjoints souhaitait vivre en couple afin de s'éloigner de sa famille.	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	
52. Il y avait des différences marquées entre nos familles sur le plan socioculturel (niveau socioéconomique, religion, éducation, ethnie, âge et/ou goûts).	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	
53. Comme couple, nous résidions loin de nos familles respectives (plus de 2 heures de distance).	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	
54. Comme couple, nous résidions très proche de l'une de nos familles respectives (dans le même voisinage).	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	
55. Nous étions dépendants de l'une de nos familles sur le plan financier, physique ou émotionnel.	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	
56. Nous étions tous les deux âgés de moins de 20 ans lorsque nous avons commencé à vivre ensemble.	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	
57. Nous étions tous les deux âgés de plus de 35 ans lorsque nous avons commencé à vivre ensemble.	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	
58. Au début de notre couple, il y avait une relation de pouvoir inégale entre nous.	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	
59. Nous avons commencé à vivre ensemble après une fréquentation de moins de 6 mois.	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	
60. Nous avons commencé à vivre ensemble après une fréquentation de plus de 3 ans.	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	
61. Le mariage a été célébré sans la présence de nos familles respectives.	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>8</sub>
62. Le mariage a été célébré sans la présence de nos amis.	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>8</sub>
63. La femme est devenue enceinte durant la première année de vie commune.	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	
64. Un des conjoints avait une relation distante avec ses parents ou ses frères et sœurs.	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	
65. Un des conjoints considérait son enfance ou son adolescence comme un moment malheureux de sa vie.	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	
66. Le couple des parents de l'un des conjoints vivait des difficultés conjugales.	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>8</sub>
67. Un des conjoints avait tendance à imposer son point de vue à l'autre.	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	

### STADE 3 : LA FAMILLE AVEC DE JEUNES ENFANTS

<i>Situation du couple au moment de la naissance du premier enfant...</i>		Oui	Non		
68. La naissance de votre premier enfant était-elle planifiée ?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>2</sub>			
69. Étiez-vous un couple à double revenu lors de la naissance de votre premier enfant ?	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>			
70. Combien de temps avez-vous vécu ensemble avant la naissance de votre premier enfant ? _____ mois ( <input checked="" type="checkbox"/> = moins de 12 mois)					
<i>Toujours au moment de la naissance du premier enfant...</i>					
( <input checked="" type="checkbox"/> peut aussi signifier diminution )	Extrêmement satisfaisante	Très satisfaisante	Généralement satisfaisante	Quelque peu insatisfaisante	Très insatisfaisante
71. Quelle était la qualité de la relation conjugale <u>avant</u> la naissance de votre premier enfant ?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>5</sub>
72. Quelle était la qualité de la relation conjugale <u>après</u> la naissance de votre premier enfant ?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>5</sub>
73. Quelle était la qualité des relations avec vos familles respectives <u>avant</u> la naissance de votre premier enfant ?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>5</sub>
74. Quelle était la qualité des relations avec vos familles respectives <u>après</u> la naissance de votre premier enfant ?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>5</sub>
<i>Arrivée des enfants dans la famille...</i>					
<i>L'arrivée des enfants dans la famille de même que le fait d'élever de jeunes enfants commande bien des changements. Nous aimerions que vous indiquiez le niveau de difficulté que vous avez vécu face aux nombreuses tâches liées à l'arrivée des enfants dans votre famille.</i>		Tâche réalisée <u>sans aucune</u> difficulté	Tâche réalisée avec <u>peu</u> de difficultés	Tâche réalisée avec <u>quelques</u> difficultés	Tâche réalisée avec de <u>nombreuses</u> difficultés
75. Concilier la nouvelle vie de famille et la vie sociale.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>4</sub>	
76. Concilier la nouvelle vie de famille et la vie professionnelle.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>4</sub>	
77. Concilier la vie de couple et les rôles de parents.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>4</sub>	
78. Repartager les rôles, les tâches et les responsabilités entre les conjoints de façon satisfaisante.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>4</sub>	
79. Donner une place aux grands-parents dans la vie des enfants.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>4</sub>	

<i>Arrivée des enfants dans la famille (suite)...</i>	Tâche réalisée sans aucune difficulté	Tâche réalisée avec peu de difficultés	Tâche réalisée avec quelques difficultés	Tâche réalisée avec de nombreuses difficultés
80. S'entendre entre nous sur les valeurs éducatives à privilégier avec nos enfants.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>4</sub>
81. S'entendre entre nous sur les pratiques éducatives à adopter avec nos enfants.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>4</sub>
82. Se soutenir mutuellement dans l'exercice du rôle parental.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>4</sub>
83. Faire une place aux enfants dans le déroulement de la vie quotidienne.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>4</sub>
84. Soutenir l'insertion sociale de nos enfants dans le quartier.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>4</sub>
85. Soutenir l'insertion sociale de nos enfants à l'école.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>4</sub>
86. Préserver des moments d'intimité en couple en dehors des enfants.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>4</sub>
87. S'entendre sur les décisions de la vie quotidienne des enfants (habillement, alimentation, loisirs...).	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>4</sub>
88. S'entendre sur le choix d'école des enfants.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>4</sub>
89. Négocier comme couple où la nouvelle famille va vivre.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>4</sub>
90. Partager les responsabilités dans le couple concernant la garde des enfants.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>4</sub>
91. Accepter les changements de relation avec les amis.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>4</sub>
92. Accepter les changements de relation avec la famille.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>4</sub>
93. Accepter de ne pas toujours être le parent préféré.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>4</sub>
94. Accepter de mettre en veilleuse certains besoins personnels pour répondre aux besoins de la famille.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>4</sub>



<i>Au cours des premières années suivant la naissance des enfants ...</i>				
<i>En plus des nombreux changements devant être opérés durant cette phase, les chercheurs observent des conséquences se produisant fréquemment lors de l'arrivée des enfants sur la vie personnelle ou conjugale. Veuillez cocher les éléments qui ont été présents dans votre situation familiale, que ce soit pour vous ou pour votre conjoint(e) dans les premières années suivant l'arrivée des enfants.</i>	Aucune- ment	Un peu	Passable- ment	Énormé- ment
95. Il y a eu une diminution de la satisfaction conjugale chez un des conjoints.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>4</sub>
96. Il y a eu une diminution de l'estime de soi chez un des conjoints.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>4</sub>
97. Il y a eu une diminution de la qualité de la vie privée des parents.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>4</sub>
98. Il y a eu une diminution du temps consacré à la relation conjugale.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>4</sub>
99. Il y a eu une diminution du temps consacré aux activités récréatives.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>4</sub>
100. Il y a eu une distribution inégale des tâches entre les conjoints (surplus de tâches inhérent à l'arrivée des enfants incombe surtout à un des conjoints).	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>4</sub>
101. Certains besoins individuels ont été ignorés à cause des nombreuses demandes du rôle de parent.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>4</sub>
102. Certains besoins conjugaux ont été ignorés à cause des nombreuses demandes du rôle de parent.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>4</sub>
103. Il y a eu des répercussions négatives au niveau professionnel (obligation de réduire les heures de travail, de quitter son emploi, pression du milieu de travail, perte d'avantages ou de promotion...) pour l'un des conjoints.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>4</sub>
104. Un des parents a établi un lien plus étroit avec un enfant.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>4</sub>
<i>Mes attentes...</i>				
<i>Les énoncés suivants concernent les attentes liées au rôle de parent, aux enfants et à la vie de famille.</i>	Tout à fait d'accord	D'accord	En désaccord	Tout à fait en désaccord
105. Être un parent répondait aux attentes que j'avais.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>4</sub>
106. Mes enfants correspondaient aux attentes que j'avais.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>4</sub>
107. Être dans cette famille correspondait à mes attentes.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>4</sub>

### STADE 4 : LA FAMILLE AVEC DES ADOLESCENTS

<i>L'arrivée du premier enfant dans l'adolescence est une période riche en bouleversements. Encore une fois, nous aimerions que vous indiquiez le niveau de difficulté que vous avez vécu face aux nombreuses tâches liées à l'adolescence de votre aîné(e).</i>	Tâche réalisée <u>sans aucune</u> difficulté	Tâche réalisée avec <u>peu</u> de difficultés	Tâche réalisée avec <u>quelques</u> difficultés	Tâche réalisée avec de <u>nombreuses</u> difficultés
108. Réajuster ses attentes à l'égard de son adolescent(e).	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>4</sub>
109. Accepter d'être un peu moins central(e) dans la vie de l'adolescent(e).	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>4</sub>
110. Accepter d'exercer moins de contrôle sur le comportement de son adolescent(e).	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>4</sub>
111. Comme couple parental, s'entendre entre nous sur les valeurs éducatives à privilégier avec l'adolescent(e).	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>4</sub>
112. Accepter d'exercer une autorité moins stricte vis-à-vis son adolescent(e).	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>4</sub>
113. Assouplir les règles du fonctionnement familial.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>4</sub>
114. Accepter que son adolescent(e) prenne une certaine distance de la famille pour aller vers ses amis.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>4</sub>
115. Faire une place aux amis dans la famille.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>4</sub>
116. Soutenir son adolescent(e) pour qu'il/elle devienne autonome face à sa famille.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>4</sub>
117. Se concerter entre adultes concernant les décisions à prendre face à l'adolescent(e).	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>4</sub>
118. Permettre à son adolescent(e) de revendiquer ou de s'opposer à ses parents.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>4</sub>
119. Gérer les tensions familiales causées par les revendications de l'adolescent(e).	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>4</sub>
120. Gérer les tensions conjugales causées par les revendications de l'adolescent(e).	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>4</sub>
121. Augmenter les responsabilités de son adolescent(e) afin de le/la préparer au monde adulte.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>4</sub>
122. Malgré sa plus grande autonomie, continuer à superviser l'adolescent(e) et à le/la soutenir lorsqu'il/elle fait face à des difficultés.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>4</sub>
123. Composer avec le fait de se retrouver plus souvent seul(e) avec son conjoint.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>4</sub>
124. Soutenir l'autre parent dans l'exercice des pratiques éducatives.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>4</sub>

<i>La famille avec des adolescents (suite)...</i>	Tâche réalisée sans aucune difficulté	Tâche réalisée avec peu de difficultés	Tâche réalisée avec quelques difficultés	Tâche réalisée avec de nombreuses difficultés
125. S'occuper en même temps de ses propres parents vieillissants et des enfants qui demandent de la disponibilité.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>4</sub>
126. Vivre la crise de la quarantaine et rester disponible aux multiples demandes des adolescents.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>4</sub>
127. Soutenir son adolescent(e) dans son insertion sociale.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>4</sub>
128. Négocier l'arrivée des amoureux dans la vie de son adolescent(e).	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>4</sub>
129. Avoir une ouverture face à la sexualité de son adolescent(e).	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>4</sub>
130. Favoriser l'autonomie de son adolescent(e) dans ses études.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>4</sub>
131. Respecter l'intimité de l'adolescent(e).	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>4</sub>
132. Favoriser l'implication de son adolescent(e) dans les tâches ménagères.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>4</sub>
133. Assouplir l'horaire de la famille afin de permettre à l'adolescent(e) de transiger entre ses différents milieux.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>4</sub>
134. Négocier avec l'adolescent(e) les permissions pour les sorties de même que les heures d'entrée.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>4</sub>
135. Accepter d'avoir une influence plus indirecte sur son adolescent(e).	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>4</sub>
136. Reconnaître les différentes étapes de développement de son adolescent(e) et le/la soutenir tout au long de celles-ci.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>4</sub>
137. Préserver des moments d'intimité en couple en dehors de l'adolescent(e).	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>4</sub>
138. Laisser le choix à son adolescent(e) de son orientation scolaire.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>4</sub>
139. Laisser son adolescent(e) décider dans certaines sphères personnelles (aménagement de sa chambre, choix vestimentaires...).	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>4</sub>
140. Soutenir son adolescent(e) dans ses choix, bien qu'ils ne correspondent pas toujours à nos attentes.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>4</sub>
141. Aider son adolescent(e) à mieux se connaître et à se développer une identité propre.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>4</sub>
142. Poser des interdits clairs à son adolescent(e).	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>4</sub>

<i>La famille avec des adolescents (suite)...</i>	Tâche réalisée sans aucune difficulté	Tâche réalisée avec peu de difficultés	Tâche réalisée avec quelques difficultés	Tâche réalisée avec de nombreuses difficultés
143. Être capable d'imposer des limites à son adolescent(e).	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>4</sub>
144. Préserver les loisirs personnels de chacun des conjoints en dehors de la famille.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>4</sub>
145. Encourager l'autonomie financière de son adolescent(e) (argent de poche, emploi à temps partiel).	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>4</sub>
146. Accepter les confrontations avec son adolescent(e).	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>4</sub>
147. Être à l'aise face aux changements physiques de son adolescent(e).	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>4</sub>
148. Ajuster ses conduites pour tenir compte des changements physiques de son adolescent(e).	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>4</sub>
149. Valoriser l'apparence physique de son adolescent(e).	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>4</sub>
150. Confirmer la valeur de son adolescent(e) comme personne.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>4</sub>

**ANNEXE B**

**RESULTATS BRUTS PAR QUESTIONS**





Énoncés		1014	2007	2010	1003	2002	2008	2015	2001	1007	1016
---------	--	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------

### STADE 2 : LA FORMATION DU COUPLE

#### Catégorie 6 : Impact de la formation du couple sur les relations avec l'entourage (4 items)

33. J'ai établi un bon lien avec la famille de mon/ma conjoint(e).	✓	✓	✓	✓	✓	✓	☼	✓	✓	✓	☼
34. J'ai établi un bon lien avec les amis de mon/ma conjoint(e).	☼	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
35. J'ai maintenu de bons liens avec ma propre famille.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
36. J'ai maintenu de bons liens avec mes amis.	☼	✓	✓	☼	✓	✓	✓	✓	✓	✓	☼

#### Catégorie 7 : Premières négociations entre les conjoints (4 items)

37. Aménager notre première habitation commune en tenant compte des goûts et des besoins de chacun.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	☼	✓	✓	✓
38. Gérer ensemble le budget et les avoirs communs.	✓	☼	✓	✓	✓	✓	✓	☼	✓	✓	✓
39. Définir de façon satisfaisante les tâches, les rôles et les responsabilités de chacun.	✓	☼	✓	✓	✓	✓	✓	☼	✓	✓	☼
40. Apprendre à résoudre de façon satisfaisante les conflits et les tensions conjugales.	☼	✓	✓	✓	✓	✓	✓	☼	✓	✓	☼

#### Catégorie 8 : Facteurs de risque associés à la formation du couple (26 items)

41. Il y avait des différences marquées entre nous concernant notre niveau d'éducation.	✓	☼	✓	✓	✓	☼	✓	✓	✓	✓	☼
42. Il y avait des différences marquées entre nous concernant notre profession.	✓	☼	✓	✓	✓	☼	✓	☼	✓	✓	☼
43. Il y avait des différences marquées entre nous concernant nos revenus.	✓	☼	✓	✓	✓	☼	✓	☼	✓	✓	✓
44. Un des conjoints était financièrement dépendant de l'autre parce qu'il était aux études ou à cause d'un manque d'emploi.	✓	☼	✓	☼	✓	☼	✓	☼	✓	✓	✓
45. Un des conjoints limitait les contacts de l'autre avec sa famille.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	☼
46. Un des conjoints limitait les contacts de l'autre avec ses amis.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	☼
47. Un des conjoints refusait que l'autre travaille à l'extérieur.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
48. Un des conjoints avait des comportements violents verbalement envers l'autre.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	☼	✓	✓	✓
49. Un des conjoints avait des comportements violents physiquement envers l'autre.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
50. La rencontre a eu lieu peu après une perte amoureuse significative pour un des conjoints.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	☼	☼
51. Un des conjoints souhaitait vivre en couple afin de s'éloigner de sa famille.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	☼	✓	✓	☼



Énoncés		1014	2007	2010	1003	2002	2008	2015	2001	1007	1016
<b>Facteurs de risque associés à la formation du couple (suite)</b>											
52.	Il y avait des différences marquées entre nos familles sur le plan socioéconomique, religion, éducation, ethnie, âge et/ou goûts).	✓	✓	✓	✓	✱	✓	✓	✓	✱	✱
53.	Comme couple, nous résidions loin de nos familles respectives (plus de 2 heures de distance).	✱	✓	✓	✱	✓	✓	✓	✓	✓	✓
54.	Comme couple, nous résidions très proche de l'une de nos familles respectives (dans le même voisinage).	✓	✱	✱	✓	✓	✱	✱	✱	✓	✱
55.	Nous étions dépendants de l'une de nos familles sur le plan financier, physique ou émotionnel.	✱	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
56.	Nous étions tous les deux âgés de moins de 20 ans lorsque nous avons commencé à vivre ensemble.	✓	✓	✱	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
57.	Nous étions tous les deux âgés de plus de 35 ans lorsque nous avons commencé à vivre ensemble.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
58.	Au début de notre couple, il y avait une relation de pouvoir inégale entre nous.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
59.	Nous avons commencé à vivre ensemble après une fréquentation de moins de 6 mois.	✓	✓	✱	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
60.	Nous avons commencé à vivre ensemble après une fréquentation de plus de 3 ans.	✱	✱	✓	✓	✓	✓	✱	✱	✓	✱
61.	Le mariage a été célébré sans la présence de nos familles respectives.	✓	✓	✓	✓	✓	✱	✓	✓	✓	✓
62.	Le mariage a été célébré sans la présence de nos amis.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
63.	La femme est devenue enceinte durant la première année de vie commune.	✱	✓	✱	✓	✓	✱	✓	✓	✓	✓
64.	Un des conjoints avait une relation distante avec ses parents ou ses frères et sœurs.	✓	✱	✱	✓	✓	✓	✱	✓	✓	✓
65.	Un des conjoints considérait son enfance ou son adolescence comme un moment malheureux de sa vie.	✓	✓	✱	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
66.	Le couple des parents de l'un des conjoints vivait des difficultés conjugales.	✓	✱	✱	✓	✱	✓	✱	✱	✓	✱
67.	Un des conjoints avait tendance à imposer son point de vue à l'autre.	✓	✱	✓	✓	✓	✓	✱	✱	✓	✱

Énoncés		1014	2007	2010	1003	2002	2008	2015	2001	1007	1016
<b>STADE 3 : LA FAMILLE AVEC DE JEUNES ENFANTS</b>											
<b>Catégorie 9 : Situation du couple à la naissance du premier enfant (3 items)</b>											
68.	La naissance de votre premier enfant était-elle planifiée ?	☹*	✓	✓	✓	☹*	✓	✓	✓	✓	✓
69.	Étiez-vous un couple à double revenu lors de la naissance de votre premier enfant ?	✓	☹*	☹*	☹*	☹*	☹*	☹*	☹*	☹*	☹*
70.	Combien de temps avez-vous vécu ensemble avant la naissance de votre premier enfant ?	☹*	✓	☹*	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
<b>Catégorie 10 : Impact de l'arrivée des enfants sur la relation de couple (8 items)</b>											
71.	Quelle était la qualité de la relation conjugale avant la naissance de votre premier enfant ?	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
72.	Quelle était la qualité de la relation conjugale après la naissance de votre premier enfant ?	☹*	✓	✓	✓	✓	✓	☹*	☹*	✓	☹*
77.	Concilier la vie de couple et les rôles de parents.	☹*	☹*	✓	☹*	✓	✓	✓	☹*	☹*	✓
86.	Préserver des moments d'intimité en couple en dehors des enfants.	☹*	☹*	✓	☹*	✓	✓	☹*	☹*	☹*	☹*
95.	Il y a eu une diminution de la satisfaction conjugale chez un des conjoints.	☹*	✓	✓	✓	✓	✓	☹*	☹*	✓	✓
97.	Il y a eu une diminution de la qualité de la vie privée des parents.	☹*	✓	✓	✓	✓	✓	✓	☹*	✓	✓
98.	Il y a eu une diminution du temps consacré à la relation conjugale.	☹*	☹*	✓	✓	☹*	✓	☹*	☹*	☹*	☹*
102.	Certains besoins conjugaux ont été ignorés à cause des nombreuses demandes du rôle de parent.	☹*	✓	✓	☹*	☹*	✓	☹*	☹*	✓	☹*

Énoncés		1014	2007	2010	1003	2002	2008	2013	2001	1007	1016
<b>Catégorie 11 : Impact de l'arrivée des enfants au niveau personnel (6 items)</b>											
76.	Concilier la nouvelle vie de famille et la vie professionnelle.	☹*	☹*	✓	☹*	☹*	✓	☹*	☹*	☹*	☹*
94.	Accepter de mettre en veilleuse certains besoins personnels pour répondre aux besoins de la famille.	☹*	✓	✓	☹*	✓	☹*	☹*	✓	✓	✓
96.	Il y a eu une diminution de l'estime de soi chez un des conjoints.	✓	☹*	✓	✓	✓	✓	☹*	☹*	☹*	☹*
99.	Il y a eu une diminution du temps consacré aux activités récréatives.	☹*	☹*	✓	✓	☹*	✓	☹*	☹*	☹*	☹*
101.	Certains besoins individuels ont été ignorés à cause des nombreuses demandes du rôle de parent.	☹*	✓	✓	✓	☹*	✓	☹*	☹*	✓	☹*
103.	Il y a eu des répercussions négatives au niveau professionnel (obligation de réduire les heures de travail, de quitter son emploi, pression du milieu de travail, perte d'avantages ou de promotion...) pour l'un des conjoints.	✓	☹*	✓	✓	☹*	✓	✓	☹*	☹*	☹*
<b>Catégorie 12 : Impact de l'arrivée des enfants au niveau des relations sociales et avec la famille d'origine (6 items)</b>											
73.	Quelle était la qualité des relations avec vos familles respectives avant la naissance de votre premier enfant ?	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
74.	Quelle était la qualité des relations avec vos familles respectives après la naissance de votre premier enfant ?	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	☹*	✓	✓
75.	Concilier la nouvelle vie de famille et la vie sociale.	☹*	✓	✓	☹*	✓	✓	✓	☹*	☹*	☹*
79.	Donner une place aux grands-parents dans la vie des enfants.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	☹*	☹*	✓
91.	Accepter les changements de relation avec les amis.	☹*	✓	✓	✓	✓	✓	☹*	☹*	☹*	✓
92.	Accepter les changements de relation avec la famille.	☹*	☹*	✓	✓	✓	✓	☹*	☹*	✓	☹*

Énoncés		1014	2007	2010	1003	2002	2008	2015	2001	1007	1016
<b>Catégorie 13 : Négociation dans le couple face aux tâches et responsabilités parentales (11 items)</b>											
78. Repartager les rôles, les tâches et les responsabilités entre les conjoints de façon satisfaisante.	☹	✓	☹	✓	✓	✓	✓	☹	☹	✓	☹
80. S'entendre entre nous sur les valeurs éducatives à privilégier avec nos enfants.	✓	✓	☹	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
81. S'entendre entre nous sur les pratiques éducatives à adopter avec nos enfants.	✓	✓	☹	✓	✓	✓	✓	✓	☹	✓	✓
82. Se soutenir mutuellement dans l'exercice du rôle parental.	☹	✓	☹	✓	✓	✓	✓	☹	✓	✓	✓
87. S'entendre sur les décisions de la vie quotidienne des enfants (habillement, alimentation, loisirs...).	✓	✓	☹	✓	✓	✓	✓	☹	✓	✓	☹
88. S'entendre sur le choix d'école des enfants.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	☹	✓	✓	✓
89. Négocier comme couple où la nouvelle famille va vivre.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	☹	✓	✓	✓
90. Partager les responsabilités dans le couple concernant la garde des enfants.	☹	✓	☹	✓	✓	✓	✓	☹	✓	✓	✓
93. Accepter de ne pas toujours être le parent préféré.	☹	✓	✓	✓	☹	✓	✓	✓	✓	☹	✓
100. Il y a eu une distribution inégale des tâches entre les conjoints (surplus de tâches inhérent à l'arrivée des enfants incombe surtout à un des conjoints).	✓	✓	☹	✓	✓	☹	✓	☹	✓	✓	☹
104. Un des parents a établi un lien plus étroit avec un enfant.	☹	✓	☹	✓	✓	✓	✓	☹	✓	☹	☹
<b>Catégorie 14 : Soutien de l'enfant dans son développement (3 items)</b>											
83. Faire une place aux enfants dans le déroulement de la vie quotidienne.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	☹	☹	✓	✓
84. Soutenir l'insertion sociale de nos enfants dans le quartier.	☹	✓	☹	✓	☹	✓	✓	☹	☹	✓	☹
85. Soutenir l'insertion sociale de nos enfants à l'école.	✓	✓	✓	✓	☹	✓	✓	✓	☹	☹	☹
<b>Catégorie 15 : Attentes face au projet familial (3 items)</b>											
105. Être un parent répondant aux attentes que j'avais.	✓	✓	✓	☹	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
106. Mes enfants correspondaient aux attentes que j'avais.	✓	✓	✓	☹	☹	✓	✓	✓	☹	✓	✓
107. Être dans cette famille correspondait à mes attentes.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	☹	✓	✓	✓



Énoncés		1014	2007	2010	1003	2002	2008	2015	2001	1007	1016
<b>Redéfinition du pouvoir des parents face à l'adolescent(e) (suite)</b>											
135. Accepter d'avoir une influence plus indirecte sur son adolescent(e).	✓	✓	☼	✓	✓	✓	✓	☼	✓	✓	✓
138. Laisser le choix à son adolescent(e) de son orientation scolaire.	✓	✓	✓	✓	☼	☼	✓	✓	✓	☼	✓
139. Laisser son adolescent(e) décider dans certaines sphères personnelles (aménagement de sa chambre, choix vestimentaires...).	✓	✓	✓	✓	☼	✓	✓	✓	✓	☼	✓
140. Soutenir son adolescent(e) dans ses choix, bien qu'ils ne correspondent pas toujours à nos attentes.	☼	✓	✓	✓	☼	✓	✓	✓	☼	☼	✓
142. Poser des interdits clairs à son adolescent(e).	✓	✓	☼	✓	✓	☼	✓	☼	✓	✓	✓
143. Être capable d'imposer des limites à son adolescent(e).	✓	✓	✓	✓	✓	☼	✓	☼	☼	✓	✓
146. Accepter les confrontations avec son adolescent(e).	☼	☼	☼	✓	☼	☼	✓	☼	☼	☼	✓
<b>Catégorie 18 : Soutien à la socialisation (3 items)</b>											
114. Accepter que son adolescent(e) prenne une certaine distance de la famille pour aller vers ses amis.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	☼	✓
115. Faire une place aux amis dans la famille.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
127. Soutenir son adolescent(e) dans son insertion sociale.	☼	✓	✓	✓	☼	☼	✓	✓	✓	☼	☼
<b>Catégorie 19 : Soutien dans le développement identitaire et personnel de l'adolescent(e) (4 items)</b>											
136. Reconnaître les différentes étapes de développement de son adolescent(e) et le/la soutenir tout au long de celles-ci.	☼	☼	☼	✓	✓	☼	✓	✓	✓	✓	✓
141. Aider son adolescent(e) à mieux se connaître et à se développer une identité propre.	☼	✓	✓	✓	☼	☼	✓	✓	✓	☼	✓
149. Valoriser l'apparence physique de son adolescent(e).	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
150. Confirmer la valeur de son adolescent(e) comme personne.	✓	✓	✓	✓	☼	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Énoncés		1014	2007	2010	1003	2002	2008	2015	2001	1007	1016
<b>Catégorie 20 : Impact de l'adolescence sur le couple parental (7 items)</b>											
111.	Comme couple parental, s'entendre entre nous sur les valeurs éducatives à privilégier avec l'adolescent(e).	✓	☼	✓	☼	✓	✓	☼	✓	✓	✓
117.	Se concerter entre adultes concernant les décisions à prendre face à l'adolescent(e).	✓	☼	✓	☼	✓	✓	☼	✓	✓	☼
120.	Gérer les tensions conjugales causées par les revendications de l'adolescent(e).	✓	☼	✓	☼	✓	✓	☼	✓	✓	☼
123.	Composer avec le fait de se retrouver plus souvent seul(e) avec son conjoint.	☼	☼	✓	✓	✓	✓	☼	✓	✓	☼
124.	Soutenir l'autre parent dans l'exercice des pratiques éducatives.	☼	☼	✓	☼	✓	✓	☼	✓	✓	☼
137.	Préserver des moments d'intimité en couple en dehors de l'adolescent(e).	☼	✓	✓	☼	☼	✓	☼	✓	✓	☼
144.	Préserver les loisirs personnels de chacun des conjoints en dehors de la famille.	☼	✓	✓	☼	☼	✓	☼	✓	✓	☼
<b>Catégorie 21 : Multiples demandes à l'adolescence (2 items)</b>											
125.	S'occuper en même temps de ses propres parents vieillissants et des enfants qui demandent de la disponibilité.	✓	✓	✓	☼	✓	✓	✓	✓	☼	✓
126.	Vivre la crise de la quarantaine et rester disponible aux multiples demandes des adolescents.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	☼	☼
<b>Catégorie 22 : Nouveau enjeux de l'adolescence (6 items)</b>											
128.	Négocier l'arrivée des amoureux dans la vie de son adolescent(e).	✓	✓	✓	✓	✓	☼	✓	✓	☼	✓
129.	Avoir une ouverture face à la sexualité de son adolescent(e).	✓	☼	✓	☼	✓	✓	✓	✓	☼	✓
131.	Respecter l'intimité de l'adolescent(e).	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	☼	✓
134.	Négocier avec l'adolescent(e) les permissions pour les sorties de même que les heures d'entrée.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
147.	Être à l'aise face aux changements physiques de son adolescent(e).	✓	✓	✓	☼	✓	☼	✓	✓	✓	✓
148.	Ajuster ses conduites pour tenir compte des changements physiques de son adolescent(e).	✓	✓	✓	☼	✓	✓	☼	✓	✓	✓











Énoncés	T1	T2	T3	T4	T5	T6	T7	T8	T9	T10	T11
	<b>STADE 3 : LA FAMILLE AVEC DE JEUNES ENFANTS</b>										
<b>Catégorie 9 : Situation du couple à la naissance du premier enfant (3 items)</b>											
68. La naissance de votre premier enfant était-elle planifiée ?	✓	✓	☼	☼	✓	✓	☼	✓	✓	✓	✓
69. Étiez-vous un couple à double revenu lors de la naissance de votre premier enfant ?	☼	✓	☼	☼	☼	☼	☼	☼	✓	☼	☼
70. Combien de temps avez-vous vécu ensemble avant la naissance de votre premier enfant ?	✓	✓	☼	☼	✓	✓	☼	✓	✓	✓	✓
<b>Catégorie 10 : Impact de l'arrivée des enfants sur la relation de couple (8 items)</b>											
71. Quelle était la qualité de la relation conjugale <u>avant</u> la naissance de votre premier enfant ?	✓	✓	✓	☼	✓	✓	✓	✓	✓	✓	☼
72. Quelle était la qualité de la relation conjugale <u>après</u> la naissance de votre premier enfant ?	✓	☼	☼	☼	✓	✓	✓	✓	✓	✓	☼
77. Concilier la vie de couple et les rôles de parents.	✓	☼	✓	☼	✓	✓	✓	✓	☼	☼	☼
86. Préserver des moments d'intimité en couple en dehors des enfants.	✓	☼	✓	✓	☼	✓	✓	✓	✓	☼	☼
95. Il y a eu une diminution de la satisfaction conjugale chez un des conjoints.	✓	☼	✓	☼	✓	✓	✓	✓	☼	✓	✓
97. Il y a eu une diminution de la qualité de la vie privée des parents.	✓	☼	✓	☼	✓	✓	✓	✓	☼	✓	☼
98. Il y a eu une diminution du temps consacré à la relation conjugale.	✓	☼	✓	✓	✓	☼	✓	☼	☼	☼	☼
102. Certains besoins conjugaux ont été ignorés à cause des nombreuses demandes du rôle de parent.	✓	☼	✓	☼	✓	✓	✓	✓	☼	☼	☼

Énoncés		T <sub>1</sub>	T <sub>2</sub>	T <sub>3</sub>	T <sub>4</sub>	T <sub>5</sub>	T <sub>6</sub>	T <sub>7</sub>	T <sub>8</sub>	T <sub>9</sub>	T <sub>10</sub>	T <sub>11</sub>
<b>Catégorie 11 : Impact de l'arrivée des enfants au niveau personnel (6 items)</b>												
76. Concilier la nouvelle vie de famille et la vie professionnelle.	✓	✓	✓	☼	☼	☼	☼	✓	✓	☼	☼	☼
94. Accepter de mettre en veilleuse certains besoins personnels pour répondre aux besoins de la famille.	✓	✓	✓	✓	☼	☼	✓	✓	✓	☼	✓	☼
96. Il y a eu une diminution de l'estime de soi chez un des conjoints.	✓	☼	✓	✓	✓	✓	✓	☼	✓	✓	✓	✓
99. Il y a eu une diminution du temps consacré aux activités récréatives.	☼	☼	✓	✓	☼	☼	☼	✓	✓	☼	☼	☼
101. Certains besoins individuels ont été ignorés à cause des nombreuses demandes du rôle de parent.	✓	✓	✓	✓	☼	☼	☼	✓	✓	☼	☼	☼
103. Il y a eu des répercussions négatives au niveau professionnel (obligation de réduire les heures de travail, de quitter son emploi, pression du milieu de travail, perte d'avantages ou de promotion...) pour l'un des conjoints.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	☼	✓
<b>Catégorie 12 : Impact de l'arrivée des enfants au niveau des relations sociales et avec la famille d'origine (6 items)</b>												
73. Quelle était la qualité des relations avec vos familles respectives avant la naissance de votre premier enfant ?	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
74. Quelle était la qualité des relations avec vos familles respectives après la naissance de votre premier enfant ?	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	☼	✓	☼	✓	✓
75. Concilier la nouvelle vie de famille et la vie sociale.	✓	✓	✓	✓	☼	✓	✓	☼	✓	☼	☼	☼
79. Donner une place aux grands-parents dans la vie des enfants.	✓	✓	✓	✓	✓	☼	✓	✓	✓	☼	✓	✓
91. Accepter les changements de relation avec les amis.	✓	✓	✓	✓	☼	✓	✓	☼	✓	✓	☼	✓
92. Accepter les changements de relation avec la famille.	✓	✓	✓	✓	☼	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓



Énoncés	T <sub>1</sub>	T <sub>2</sub>	T <sub>3</sub>	T <sub>4</sub>	T <sub>5</sub>	T <sub>6</sub>	T <sub>7</sub>	T <sub>8</sub>	T <sub>9</sub>	T <sub>10</sub>	T <sub>11</sub>
	STADE 4 : LA FAMILLE AVEC DES ADOLESCENTS										
<b>Catégorie 16 : Soutien à l'autonomie et à la responsabilisation de l'adolescent(e) (5 items)</b>											
116. Soutenir son adolescent(e) pour qu'il/elle devienne autonome face à sa famille.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	☼	✓	✓
121. Augmenter les responsabilités de son adolescent(e) afin de le/la préparer au monde adulte.	✓	☼	✓	✓	✓	✓	☼	☼	☼	✓	☼
130. Favoriser l'autonomie de son adolescent(e) dans ses études.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	☼	✓	☼	✓	✓
132. Favoriser l'implication de son adolescent(e) dans les tâches ménagères.	✓	✓	✓	☼	☼	✓	☼	☼	☼	☼	☼
145. Encourager l'autonomie financière de son adolescent(e) (argent de poche, emploi à temps partiel).	✓	✓	✓	✓	☼	✓	☼	✓	☼	✓	✓
<b>Catégorie 17 : Redéfinition du pouvoir des parents face à l'adolescent(e) (16 items)</b>											
108. Réajuster ses attentes à l'égard de son adolescent(e).	☼	✓	✓	☼	✓	✓	✓	✓	☼	☼	✓
109. Accepter d'être un peu moins central(e) dans la vie de l'adolescent(e).	☼	✓	✓	✓	✓	✓	☼	✓	☼	☼	☼
110. Accepter d'exercer moins de contrôle sur le comportement de son adolescent(e).	☼	☼	✓	☼	✓	✓	☼	✓	☼	✓	✓
112. Accepter d'exercer une autorité moins stricte vis-à-vis son adolescent(e).	☼	✓	☼	☼	✓	✓	☼	✓	☼	✓	✓
113. Assouplir les règles du fonctionnement familial.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	☼	✓	✓
118. Permettre à son adolescent(e) de revendiquer ou de s'opposer à ses parents.	☼	☼	✓	✓	☼	✓	☼	✓	☼	☼	✓
119. Gérer les tensions familiales causées par les revendications de l'adolescent(e).	☼	✓	✓	☼	☼	✓	✓	✓	☼	✓	✓
122. Malgré sa plus grande autonomie, continuer à superviser l'adolescent(e) et à le/la soutenir lorsqu'il/elle fait face à des difficultés.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
133. Assouplir l'horaire de la famille afin de permettre à l'adolescent(e) de transiger entre ses différents milieux.	✓	✓	✓	☼	☼	✓	☼	✓	☼	☼	✓





Énoncés	T <sub>1</sub>	T <sub>2</sub>	T <sub>3</sub>	T <sub>4</sub>	T <sub>5</sub>	T <sub>6</sub>	T <sub>7</sub>	T <sub>8</sub>	T <sub>9</sub>	T <sub>10</sub>	T <sub>11</sub>
	<b>Catégorie 20 : Impact de l'adolescence sur le couple parental (7 items)</b>										
111. Comme couple parental, s'entendre entre nous sur les valeurs éducatives à privilégier avec l'adolescent(e).	✓	✓	✓	✱	✓	✓	✓	✓	✱	✓	✱
117. Se concerter entre adultes concernant les décisions à prendre face à l'adolescent(e).	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✱	✓	✱
120. Gérer les tensions conjugales causées par les revendications de l'adolescent(e).	✓	✓	✓	✱	✓	✓	✓	✓	✱	✓	✓
123. Composer avec le fait de se retrouver plus souvent seul(e) avec son conjoint.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✱	✓	✓	✓
124. Soutenir l'autre parent dans l'exercice des pratiques éducatives.	✓	✓	✓	✱	✓	✓	✓	✓	✱	✓	✱
137. Préserver des moments d'intimité en couple en dehors de l'adolescent(e).	✓	✱	✓	✱	✓	✓	✓	✓	✓	✱	✱
144. Préserver les loisirs personnels de chacun des conjoints en dehors de la famille.	✓	✓	✓	✓	✱	✱	✓	✓	✱	✓	✱
<b>Catégorie 21 : Multiples demandes à l'adolescence (2 items)</b>											
125. S'occuper en même temps de ses propres parents vieillissants et des enfants qui demandent de la disponibilité.	✓	✓	✓	✓	✱	✓	✱	✓	✱	✓	✓
126. Vivre la crise de la quarantaine et rester disponible aux multiples demandes des adolescents.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✱	✱	✓
<b>Catégorie 22 : Nouveau enjeux de l'adolescence (6 items)</b>											
128. Négocier l'arrivée des amoureux dans la vie de son adolescent(e).	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✱	✓	✓
129. Avoir une ouverture face à la sexualité de son adolescent(e).	✓	✓	✓	✱	✱	✓	✱	✓	✓	✱	✓
131. Respecter l'intimité de l'adolescent(e).	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
134. Négocier avec l'adolescent(e) les permissions pour les sorties de même que les heures d'entrée.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✱	✱	✓
147. Être à l'aise face aux changements physiques de son adolescent(e).	✓	✓	✓	✱	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
148. Ajuster ses conduites pour tenir compte des changements physiques de son adolescent(e).	✓	✓	✓	✱	✓	✓	✓	✓	✱	✓	✓

**ANNEXE C**

**RÉSULTATS BRUTS PAR SOUS-EHELLES**

Tableau 5 : Résultats bruts par sous-échelles

**GROUPE EXPERIMENTAL**

CATEGORIES DE TACHES DEVELOPPEMENTALES (le chiffre indique le nombre de tâches développementales difficilement résolues pour chaque catégorie d'items)	AN-R						AN-P			
	F <sub>1</sub> 1014	F <sub>2</sub> 2007	F <sub>3</sub> 2010	F <sub>4</sub> 1003	F <sub>5</sub> 2002	F <sub>9</sub> 2008	2015	F <sub>7</sub> 2001	F <sub>8</sub> 1007	F <sub>6</sub> 1016
1. Niveau de préparation au moment du départ (6 items)	3	4	4	4	4	4	4	4	4	3
2. Réactions de l'entourage face au départ (4 items)	1	0	2	0	1	3	1	1	2	0
3. Conséquences du départ sur les relations dans la famille (9 items)	2	3	1	2	0	3	0	3	2	0
4. Conduites de différenciation face à la famille (7 items)	5	5	5	5	6	6	6	7	5	4
5. Autonomisation suite au départ de la maison (5 items)	1	1	0	1	1	1	2	0	1	1
6. Impact de la formation du couple sur les relations avec l'entourage (4 items)	2	0	0	1	0	1	0	0	0	2
7. Premières négociations entre les conjoints (4 items)	1	2	0	0	0	0	4	0	0	2
8. Facteurs de risque associés à la formation du couple (26 items)	4	9	8	4	6	6	10	7	2	13
9. Situation du couple à la naissance du premier enfant (3 items)	2	1	2	1	2	1	1	1	1	1
10. Impact de l'arrivée des enfants sur la relation de couple (8 items)	7	3	0	3	2	0	5	7	3	4
11. Impact de l'arrivée des enfants au niveau personnel (6 items)	4	4	0	2	4	1	5	5	4	5
12. Impact de l'arrivée des enfants au niveau des relations sociales et avec la famille d'origine (6 items)	3	1	0	1	0	0	2	5	1	2

CATEGORIES (SUITE)	F <sub>1</sub> 1014	F <sub>2</sub> 2007	F <sub>3</sub> 2010	F <sub>4</sub> 1003	F <sub>5</sub> 2002	F <sub>9</sub> 2008	2015	F <sub>7</sub> 2001	F <sub>8</sub> 1007	F <sub>6</sub> 1016
13. Négociation dans le couple face aux tâches et responsabilités parentales (11 items)	5	8	0	1	1	0	8	2	2	4
14. Soutien de l'enfant dans son développement (3 items)	1	1	0	2	0	0	1	3	1	2
15. Attentes face au projet familial (3 items)	0	0	1	2	0	0	1	1	0	0
16. Soutien à l'autonomie et à la responsabilisation de l'adolescent(e) (5 items)	1	3	0	5	2	3	4	4	1	2
17. Redéfinition du pouvoir des parents face à l'adolescent(e) (16 items)	2	7	3	7	10	1	10	9	8	3
18. Soutien à la socialisation (3 items)	1	0	0	1	1	0	0	0	2	1
19. Soutien dans le développement identitaire et personnel de l'adolescent(e) (4 items)	2	1	0	2	2	0	0	0	1	0
20. Impact de l'adolescence sur le couple parental (7 items)	4	5	0	6	2	0	7	3	2	6
21. Multiples demandes à l'adolescence (2 items)	0	0	0	1	0	0	0	0	2	1
22. Nouveau enjeux de l'adolescence (6 items)	0	1	0	3	0	2	2	0	3	0

Tableau 6 : Résultats bruts par sous-échelles

## GROUPE TEMOIN

CATEGORIES DE TACHES DEVELOPPEMENTALES (le chiffre indique le nombre de tâches développementales difficilement résolues pour chaque catégorie d'items)	T <sub>1</sub>	T <sub>2</sub>	T <sub>3</sub>	T <sub>4</sub>	T <sub>5</sub>	T <sub>6</sub>	T <sub>7</sub>	T <sub>8</sub>	T <sub>9</sub>	T <sub>10</sub>	T <sub>11</sub>
1. Niveau de préparation au moment du départ (6 items)	2	3	0	1	4	3	3	1	3	1	6
2. Réactions de l'entourage face au départ (4 items)	0	1	1	1	3	1	3	0	2	0	1
3. Conséquences du départ sur les relations dans la famille (9 items)	0	0	1	0	3	1	2	2	2	1	2
4. Conduites de différenciation face à la famille (7 items)	6	6	6	5	2	5	4	5	6	6	6
5. Autonomisation suite au départ de la maison (5 items)	1	1	1	1	2	1	0	1	1	1	0
6. Impact de la formation du couple sur les relations avec l'entourage (4 items)	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
7. Premières négociations entre les conjoints (4 items)	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	3
8. Facteurs de risque associés à la formation du couple (26 items)	2	5	7	8	1	3	3	6	5	4	7
9. Situation du couple à la naissance du premier enfant (3 items)	1	0	3	3	1	1	3	1	0	1	1
10. Impact de l'arrivée des enfants sur la relation de couple (8 items)	0	7	1	6	1	1	0	2	5	4	7
11. Impact de l'arrivée des enfants au niveau personnel (6 items)	1	2	1	4	4	3	1	0	4	4	4
12. Impact de l'arrivée des enfants au niveau des relations sociales et avec la famille d'origine (6 items)	0	0	0	3	1	0	3	0	3	2	1

CATEGORIES (SUITE)												
13. Négociation dans le couple face aux tâches et responsabilités parentales (11 items)	0	0	2	10	2	0	1	2	4	4	7	
14. Soutien de l'enfant dans son développement (3 items)	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	
15. Attentes face au projet familial (3 items)	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	
16. Soutien à l'autonomie et à la responsabilisation de l'adolescent(e) (5 items)	0	1	0	1	2	0	5	2	5	1	2	
17. Redéfinition du pouvoir des parents face à l'adolescent(e) (16 items)	8	2	1	6	6	0	6	0	11	6	1	
18. Soutien à la socialisation (3 items)	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	
19. Soutien dans le développement identitaire et personnel de l'adolescent(e) (4 items)	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	
20. Impact de l'adolescence sur le couple parental (7 items)	0	1	0	4	1	1	0	1	5	1	5	
21. Multiples demandes à l'adolescence (2 items)	0	0	0	0	1	0	1	0	2	1	0	
22. Nouveau enjeux de l'adolescence (6 items)	0	0	0	3	1	0	1	0	3	2	0	

**ANNEXE D**

RECENSION D'ECRITS SUR LES FACTEURS FAMILIAUX DE  
L'ANOREXIE NERVEUSE

La présente annexe comprend deux parties. Dans un premier temps nous présenterons les principales observations réalisées par les cliniciens concernant les caractéristiques et le fonctionnement des familles d'anorexiques. Ainsi, nous ferons état des points de vue de Bruch (1978), Minuchin *et al.* (1978) et Selvini-Palazzoli (1978, 1988), les cliniciens les plus souvent cités dans la littérature portant sur les familles des adolescentes anorexiques. Dans un deuxième temps, nous présenterons les conclusions des études empiriques qui ont été réalisées auprès de ces familles. Cette mise en contexte permettra au lecteur de mieux cerner la réalité familiale des adolescentes souffrant d'anorexie nerveuse.

## 1. LES OBSERVATIONS DES CLINICIENS

### 1.1 Bruch (1978)

Le point de vue de Bruch (1978) s'appuie sur l'observation rigoureuse d'une cinquantaine de familles. Selon cette clinicienne, les familles d'anorexiques tentent généralement de donner une bonne impression d'elles-mêmes. Ces familles font partie de milieux socio-économiques de niveau moyen ou favorisé. Les unions parentales sont stables, le taux de divorce demeurant très faible et on ne souligne pas de problème conjugal apparent. La fratrie est souvent peu nombreuse et les parents plus âgés que la moyenne lors de la naissance de la future anorexique. Ces jeunes filles ont donc pu bénéficier de tous les éléments nécessaires à un développement physique et intellectuel optimal.

Dans ces familles, il est commun d'observer que les mères, malgré une éducation et une intelligence supérieures, ont abandonné leur profession lors de leur mariage pour se consacrer aux soins des enfants. Elles ont adopté un style relationnel plutôt soumis face à leur conjoint, sans pour autant que celui-ci ne leur témoigne de respect en retour. Elles sont des mères consciencieuses et dévouées à l'égard de leur famille et sont également très préoccupées par leur poids, les régimes alimentaires et leur apparence physique en général. Les pères de leur côté jouissent d'un succès notable. Ils apprécient leur fille pour son excellence scolaire et sportive. Aussi, ils exigent de leurs enfants la conformité et sont soucieux de



leur réussite future et de leur apparence. Les parents, très fiers des nombreuses prouesses de leur enfant (la future anorexique), tendent à surestimer les capacités de celle-ci et ajoutent une pression souvent pénible à supporter pour la jeune fille. Celle-ci a donc l'impression qu'elle doit tout faire pour arriver à atteindre les standards élevés fixés par ses parents; elle ne vit donc pas pour ses propres idéaux, mais se conforme à la mission parentale.

Au tout début du processus pathologique, on remarque que ces familles dressent un portrait très positif de leur vie familiale, bien qu'une tension s'avère souvent décelable. Celles-ci mentionnent que l'anorexie constitue l'unique difficulté que la famille ait rencontrée au cours de son histoire. Cette tendance peut refléter une négation directe des faits, la peur de prendre une position critique ou l'expression d'un conformisme excessif. Ainsi, aucun sentiment négatif ne peut être exprimé par la famille, la survenue de la maladie étant le premier indice révélant un malaise quelconque au sein du système familial. La famille démontre également un solide attachement et un important partage des émotions et des sentiments, à un point tel que chacun parle à la place de l'autre, croyant deviner ses pensées. Selon Bruch (1978), la pression et le contrôle inappropriés exercés par les parents à l'égard de la jeune fille auraient pour conséquence d'enlever à l'adolescente le sentiment de contrôle sur sa propre vie; elle se sent plutôt au service des désirs de ses parents.

### **1.2 Minuchin, Rosman et Baker (1978)**

Une étude systématique des caractéristiques de trente familles (onze familles d'anorexiques, neuf de diabétiques et dix d'asthmatiques) dont un des enfants présentait une pathologie psychosomatique, a permis à Minuchin *et al.* (1978) d'identifier quatre caractéristiques chez les familles psychosomatiques, soit l'enchevêtrement, l'hyperprotection, la rigidité et l'évitement des conflits.

L'enchevêtrement réfère à la proximité et l'intensité relationnelle excessive entre les membres de la famille. Chacun manifeste des tendances à l'intrusion dans les pensées, les sentiments, les actions et les communications des

autres. L'autonomie et l'espace personnel sont quasi inexistantes. Les frontières entre les individus et entre les générations sont très floues, entraînant une confusion dans les fonctions et les rôles.

L'hyperprotection se manifeste quant à elle par un niveau élevé de préoccupation et d'intérêt réciproque. Par exemple, lorsque le patient démontre un comportement symptomatique, la famille entière se mobilise pour le soigner et le protéger et elle camoufle souvent dans ce mouvement beaucoup de conflits familiaux. Circulairement donc, la maladie du patient a une fonction protectrice pour la famille.

La rigidité est la caractéristique la plus typique des systèmes pathologiques. La famille est particulièrement résistante au changement. Elle tend souvent à se présenter comme une famille unie et harmonieuse où il n'existe pas de problème en dehors de la maladie du patient; elle ne voit donc pas la nécessité d'un changement. Les rapports avec l'extérieur sont particulièrement pauvres et la famille semble retranchée dans la conservation de son homéostasie.

En dernier lieu, ces familles se caractérisent par l'évitement du conflit. Ce mécanisme vise à cacher le désaccord afin qu'il reste latent et n'explose jamais ouvertement. Le patient joue un rôle central et vital dans ce processus d'évitement du conflit.

Minuchin *et al.* (1978) ajoutent enfin une cinquième composante particulière aux familles psychosomatiques qu'ils jugent cruciale, soit l'implication de l'enfant symptomatique dans le conflit parental. Ainsi, à travers différentes formes de triangulation, l'enfant est appelé à jouer un rôle clé de régulateur dans les tensions conjugales. À travers son symptôme, il se porte donc garant de l'unité familiale, contribuant ainsi au maintien de la pathologie.

### 1.3 Selvini-Palazzoli (1978, 1988)

S'appuyant sur l'observation de douze familles avec des patients anorexiques, Selvini-Palazzoli (1978) a cherché à décrire les patrons de communication dans ce type de familles. Selon ses conclusions, les principales règles de communication dans les familles d'anorexiques sont les suivantes:

1. chaque membre refuse avec une fréquence élevée les messages des autres (au niveau du contenu ou de la relation);
2. tous les membres de la famille refusent d'endosser le rôle de leader;
3. toute alliance ouverte de deux membres contre un tiers est interdite;
4. personne n'assume la responsabilité de quoi que ce soit.

Selvini-Palazzoli (1978) aborde également le fonctionnement particulier du couple conjugal au sein des familles d'anorexiques. Elle stipule que ceux-ci entretiennent une image respectable de couple uni, mais que cette façade cache un profond désillusionnement à l'égard du conjoint. Les deux parents se considèrent victimes dans le couple, créant une relation symétrique où chacun veut démontrer à l'autre son esprit de sacrifice, conduisant à une escalade dans laquelle chaque parent recherche l'alliance de sa fille. La position de la jeune fille devient donc extrêmement ambiguë par ces tentatives répétées de coalition de part et d'autre, parmi lesquelles elle peut difficilement se positionner fermement, toute alliance avec un parent constituant une attaque contre l'autre.

Dans la poursuite de leurs observations, Selvini-Palazzoli et Viaro (1988) proposent une hypothèse sur le jeu familial à l'origine de la maladie. Ainsi, la première phase de ce jeu prend naissance à l'intérieur des interactions du couple parental. Les deux conjoints commencent d'abord à s'affronter en se mettant constamment en échec mutuellement, créant ainsi une situation de conflits récurrents sans possibilité de résolution. La deuxième phase se caractérise par l'implication de la jeune fille dans ce processus parental dès son jeune âge. Cette implication peut se dérouler selon deux scénarios: a) la jeune fille démontre une loyauté envers sa mère, elle l'écoute lui raconter ses souffrances et tente de la supporter; ou b) la jeune fille est la favorite du père, qui lui trouve des

ressemblances et l'apprécie, ce qui est réciproque chez la future anorexique. Dans l'un ou l'autre de ces deux scénarios, la jeune fille ne prend pas directement position contre l'autre parent. Lors de la troisième phase, la jeune fille entre dans l'adolescence, ce qui modifie sa perception à l'égard de son père, duquel elle tend à se rapprocher, encore une fois suivant les deux possibilités: a) la jeune fille perçoit qu'elle a perdu auprès de sa mère sa position privilégiée au profit d'un membre de sa fratrie, alors elle se tourne vers son père; ou b) le lien déjà bien établi entre le père et la fille peut prendre des proportions gênantes à cause des manœuvres de séduction qu'il comporte. À l'intérieur de ces deux scénarios, le père et sa fille se perçoivent comme les victimes de la mère. Durant la quatrième phase, la jeune fille éprouve une détresse durant laquelle le régime s'instaure, selon les deux voies différentes: a) la jeune fille se sent abandonnée par sa mère, mais soutenue par son père, alors elle entreprend un régime dans le but de se distinguer de celle-ci, de s'autonomiser; ou b) le régime constitue une provocation envers la mère, une forme de protestation et un rejet de cette dernière. Lors de cette période, le jeu parental initial s'intensifie et la jeune fille constate à la phase cinq qu'elle perd l'appui de son père, qui refuse de la soutenir dans ses comportements. Se sentant délaissée par tous et éprouvant un vif ressentiment, l'adolescente exacerbera encore davantage sa privation alimentaire. Enfin, lors de la sixième et dernière phase, l'anorexique constate tout le pouvoir conféré par son symptôme, qui lui permet de retrouver sa position privilégiée d'auparavant. Le processus se cristallise lorsque toute la famille s'organise autour de la maladie, pouvant opposer une certaine résistance face à une guérison éventuelle de la jeune fille.

#### **1.4 Principaux faits saillants mis en évidence par les cliniciens**

Selon les observations faites par les cliniciens, certains éléments prédominants peuvent être dégagés concernant la dynamique des familles d'adolescentes anorexiques. Ces faits sont les suivants :

1. il s'agit de familles présentant une image relativement conformiste et positive d'elles-mêmes;
2. les parents sont dévoués envers leurs enfants;

3. les parents ont des attentes élevées à l'égard de leurs enfants;
4. une tendance à l'évitement des conflits dans la famille est observée;
5. on remarque une difficulté à définir les relations entre les membres de la famille;
6. peu de sentiments négatifs sont exprimés dans ces familles;
7. la maladie résulterait d'un processus évolutif dans la famille débutant par un conflit conjugal plus ou moins manifeste et qui restera masqué;
8. l'enfant est souvent appelé à jouer un rôle de régulation dans ce conflit entre les parents;
9. la conduite anorexique permet à l'adolescente de détenir un pouvoir important dans sa famille.

## 2. LES OBSERVATIONS DES CHERCHEURS

Les principales caractéristiques familiales ayant été investiguées dans les études empiriques recensées ont été regroupées en fonction des catégories de variables suivantes, soit 1° les caractéristiques socioéconomiques des familles; 2° la composition des familles; 3° les caractéristiques personnelles des membres de la famille; 4° les caractéristiques de l'environnement familial; 5° les caractéristiques de la relation parents-adolescente-fratrie et 6° les événements de vie auxquels les adolescentes anorexiques ont été confrontées.

### 2.1 Caractéristiques socioéconomiques des familles

Aucune étude n'a pu être recensée concernant les conditions socioéconomiques des familles de patientes anorexiques uniquement. Nous avons donc été contraints d'élargir notre intérêt aux familles des adolescents présentant un trouble alimentaire. Selon les études recensées, il appert que ces familles ne se distinguent pas de familles provenant de la population générale sur cette dimension (Rodriguez Martin, Novalbos Ruiz, Martínez Nieto, Escobar Jiménez et Castro de Haro, 2004). Cette observation est également corroborée par Rogers, Resnick, Mitchell et Blum (1997).

## 2.2 Composition des familles

Selon les données recueillies par Perdereau, Godart et Jeammet (2002), les familles d'anorexiques seraient majoritairement de type intact (72,9 %). Concernant plus spécifiquement le rang des adolescentes anorexiques dans leur famille, les données de l'étude d'Eagles, Johnston et Millar (2005) indiquent qu'elles sont nées significativement plus tard dans leur fratrie et qu'elles comptent également moins de frères comparativement à un échantillon populationnel.

## 2.3 Caractéristiques personnelles des membres de la famille

Différentes dimensions concernant les caractéristiques personnelles des membres des familles d'adolescentes anorexiques ont été investiguées, soit 1° la présence de problèmes de santé mentale des membres de la famille et 2° la présence d'un trouble alimentaire dans la famille (préoccupation concernant le poids, préoccupation concernant la nourriture et préoccupation concernant l'activité physique).

### 2.3.1 *La santé mentale des membres de la famille*

Plusieurs études ont mis en évidence le fait qu'une forte proportion de personnes dans les familles d'anorexiques présente des difficultés d'ordre psychiatrique. Par exemple, Perdereau *et al.* (2002) notent que 84,5 % des patientes anorexiques ont au moins un membre de leur famille élargie ayant actuellement ou ayant eu par le passé un trouble psychiatrique. Le trouble dépressif serait l'antécédent familial le plus fréquemment retrouvé au sein de la famille des sujets. Ainsi, ce trouble serait présent chez 41,4 % des mères et chez 13,8 % des pères, ce qui représente un taux anormalement élevé par rapport à la population générale (3 % selon l'APA, 1994, dans Perdereau *et al.*, 2002). Cette dernière donnée est cohérente avec celle rapportée par Nilsson, Gillberg et Råstam (1998) qui observent eux aussi davantage de dépression dans la parenté des anorexiques comparativement à un groupe comparatif populationnel. Lyon, Chatoor, Atkins, Silber, Mosimann et Gray (1997) abondent également dans ce sens, suivant l'analyse de leur modèle multidimensionnel de l'anorexie. De même, Toro, Nicolau, Cervera, Castro, Blecua, Zaragoza et Toro (1995) signalent la

présence plus élevée des désordres affectifs (comprenant la dépression majeure et le trouble dysthymique) parmi les parents des sujets anorexiques comparativement à un groupe psychiatrique. Laporte, Marcoux et Guttman (2001) n'arrivent pas à une telle conclusion, ceux-ci n'indiquant aucune différence entre le groupe d'anorexiques et le groupe témoin au niveau des difficultés émotionnelles des parents (comprenant majoritairement une histoire de dépression).

Lyon *et al.* (1997) indiquent qu'ils ont également remarqué un taux élevé de dépendance/abus de drogues et d'alcool dans les familles de ces jeunes filles. De même, Laporte *et al.* (2001) observent des problèmes reliés à la consommation d'alcool dans 40 % des familles d'anorexiques, contre 11,5 % dans le groupe témoin. En contrepartie, Nilsson *et al.* (1998) n'ont relevé aucune différence entre le groupe clinique et témoin en regard de l'anxiété, de la psychose et de l'abus de substances. Enfin, ces derniers n'ont pu déceler de différence entre les sous-types d'anorexie concernant la prévalence de problèmes psychiatriques dans la famille.

### 2.3.2 *La présence de troubles alimentaires dans la famille*

L'étude effectuée par Perdereau *et al.* (2002) considère que la prévalence de troubles alimentaires dans la famille des anorexiques est plus élevée que celle de la population générale. Ainsi, 39,7 % des anorexiques auraient au moins un antécédent de trouble des conduites alimentaires dans leur famille élargie.

De leur côté, Lyon *et al.* (1997) affirment le contraire, puisque le facteur de l'historique des troubles alimentaires dans la famille n'a pas été retenu dans leur modèle multidimensionnel de l'anorexie. Par contre, les auteurs nuancent leur conclusion en affirmant qu'un biais d'échantillonnage au sein du groupe comparatif pourrait expliquer l'échec à déceler une différence significative entre les groupes clinique et témoin. Nilsson *et al.* (1998) soutiennent également cet avis en n'ayant observé aucune différence significative entre le groupe clinique et témoin au niveau des troubles alimentaires dans la parenté. De la même façon, Laporte *et al.* (2001) n'ont pas noté de différence entre les groupes clinique et témoin lors de l'évaluation chez les parents des conduites alimentaires inadaptées.

Il n'y a que les pères des anorexiques qui se distinguent des pères du groupe témoin par leur score peu élevé dans le contrôle face à la nourriture.

Quand on regarde de plus près la préoccupation des membres de la famille face au poids, l'étude de Davis, Blackmore, Katzman et Fox (2005) indique que les parents des patientes anorexiques présentent des scores significativement plus faibles que les parents du groupe témoin au niveau de leur préoccupation pondérale. De plus, les auteurs n'ont pas noté de différence significative entre les deux groupes parentaux au niveau de la propension à recourir à une diète.

Aussi, concernant la préoccupation au sujet de l'activité physique, l'étude de Davis *et al.* (2005) indique que les parents des adolescentes anorexiques présentaient des scores plus faibles en regard de leur engagement à l'exercice physique par rapport aux sujets du groupe comparatif. Par ailleurs, aucune différence significative entre le groupe clinique et témoin n'a été rapportée dans le niveau d'activité physique auto-rapporté rétrospectivement. Par contre, un nombre significativement plus élevé de mères d'anorexiques ont rapporté que leur conjoint était plus actif physiquement que les hommes de leur âge, ce qui n'a cependant pas été corroboré par les dires des pères eux-mêmes.

## **2.4 Caractéristiques de l'environnement familial**

Dans cette sous-section, nous traiterons de deux facettes de l'environnement familial des adolescentes anorexiques, soit 1° les relations maritales et 2° le fonctionnement familial.

### *2.4.1 Les relations maritales*

Selon le point de vue des parents, ceux-ci auraient une vision plus détériorée de leur relation conjugale (Józefik, Iniewicz, Namysłowska et Ulasińska, 2004). Dans les faits, ces parents décrivent leur époux de façon significativement plus négative que les parents du groupe témoin. De même, Casper et Troiani (2001) notent que les pères des familles d'anorexiques



restrictives évaluent leur relation conjugale comme étant plus perturbée que les familles témoins.

Par ailleurs, lorsque l'on prend en compte le point de vue des adolescentes, Karwautz, Nobis, Haidvogel, Wagner, Hafferl-Gattermayer, Wöber-Bingöl et Friedrich (2003) observent au contraire que les adolescentes anorexiques et leur sœur en santé évaluent la relation maritale de leurs parents comme étant normale.

#### 2.4.2 *Le fonctionnement familial*

Différentes facettes caractérisant le fonctionnement des familles ont été investiguées par les chercheurs, soit 1° le fonctionnement général des familles; 2° la cohésion familiale; 3° les caractéristiques de la structure familiale; 4° la communication; 5° l'expression des émotions; 6° la culpabilité; 7° l'expression de l'agressivité; 8° l'évitement des conflits; 9° la résolution des conflits; 10° la résolution des problèmes et 11° la flexibilité du fonctionnement familial.

D'entrée de jeu, il importe de souligner que contrairement aux clichés souvent véhiculés concernant les familles d'adolescentes anorexiques, il n'existe pas de portrait familial unique (Cook-Darzens, 2002; Garner et Garfinkel, 1982, 1985; Wallin et Hansson, 1999). En effet, on observe plutôt une diversité de cas de figures chez cette population clinique, d'où certaines divergences de point de vue dans les conclusions des recherches concernant les caractéristiques de ces familles.

##### ▪ *Le fonctionnement général des familles*

Deux types de mesures ont été utilisées afin d'apprécier le fonctionnement général des familles d'anorexiques, soit les instruments auto-complétés et l'observation réalisée par des évaluateurs externes. Or, les résultats de ces deux types d'outils d'évaluation arrivent généralement à des conclusions opposées et ce, même au sein d'une même étude, c'est pourquoi ils seront abordés séparément.

Tout d'abord, au niveau du fonctionnement familial évalué à l'aide de mesures auto-complétées, l'étude d'Emmanuelli, Ostuzzi, Cuzzolaro, Baggio, Lask et Waller (2004) indique que tous les membres des familles d'anorexiques perçoivent leur fonctionnement familial comme étant significativement plus dysfonctionnel que celui du groupe témoin sur le plan du fonctionnement général, de la résolution des problèmes, de la communication, des rôles, de la réponse affective et du contrôle des comportements. De même, l'étude de Józefik *et al.* (2004) démontre que tous les membres des familles d'adolescentes anorexiques indiquent une perception plus négative du fonctionnement de leur famille par rapport au groupe témoin et au seuil de normalité préétabli. Par contre, North *et al.* (1995) contredisent les faits avancés jusqu'à présent en ne distinguant pas les familles d'anorexiques de celles du groupe témoin au niveau du fonctionnement familial général. De même, Blair, Freeman et Cull (1995) ne rapportent pas de différence significative dans les perceptions des membres de la famille au niveau du fonctionnement familial entre les anorexiques et le groupe témoin. Laporte *et al.* (2001) rapportent aussi que les scores de fonctionnement familial des sujets anorexiques et témoins se situent sous le seuil clinique. Pour leur part, Wallin et Hansson (1999) n'ont pu établir de résultat clair en regard de leurs instruments auto-complétés, ceux-ci se contredisant mutuellement.

Quant aux résultats obtenus par les observateurs extérieurs à la famille, North *et al.* (1995) soulignent que les évaluations du fonctionnement familial situent les familles anorexiques dans la zone clinique. Celles-ci présentent des difficultés plus aiguës dans les sphères impliquant les émotions (réponse affective, implication affective, rôles et contrôle des comportements). De plus, Wallin et Hansson (1999) ont remarqué que les familles d'anorexiques obtiennent un score plus faible à la sous-échelle de compétence (indiquant une famille plus dysfonctionnelle).

Dans un autre ordre d'idée, Gowers et North (1999) soulignent que les différents membres des familles n'ont pas une vision uniforme de leur fonctionnement. Ainsi, les adolescents anorexiques ont un point de vue beaucoup

plus critique sur le fonctionnement de leur famille que leurs parents, leur vision se rapprochant de celle des évaluateurs externes. De même, Laporte *et al.* (2001) observent que les adolescentes anorexiques évaluent de façon plus négative la santé émotive et la cohésion de leur famille que leurs parents. En outre, elles rapportent davantage de conflits familiaux que leur père. Également, l'étude d'Emmanuelli *et al.* (2004) soutient que les adolescentes rapportent un fonctionnement familial plus dysfonctionnel sur les sous-échelles du fonctionnement général, de la résolution de problèmes et la communication. Les auteurs ajoutent que les pères se différencient de leur côté en indiquant une résolution de problèmes plus pauvre que celle mentionnée par les mères.

Quand on regarde de plus près le fonctionnement des familles selon le sous-type d'anorexie (restrictif ou boulimique) présenté par les adolescentes, Casper et Troiani (2001) allèguent que les patientes anorexiques de type boulimique perçoivent leur famille comme étant plus dysfonctionnelle que celles de type restrictif, notamment sur le plan de l'accomplissement des tâches, de la communication et de l'expression de l'affection. De même, les mères des anorexiques de type boulimique perçoivent un moins bon fonctionnement de leur famille. North *et al.* (1995) observent également un fonctionnement familial plus perturbé chez les adolescents anorexiques de type boulimique par rapport aux anorexiques de type restrictif.

▪ *La cohésion familiale*

L'étude de Delannes, Doyen, Cook-Darzens et Mouren (2005) indique que les membres des familles d'anorexiques se sentent globalement moins liés entre eux. Ils perçoivent leur famille comme étant plus distante et désengagée que les familles de la population générale. De même, l'étude de Dare, Le Grange, Eisler et Rutherford (1994) a permis d'établir que les adolescents anorexiques perçoivent leur famille comme étant moins cohésive par rapport à la vision de leurs parents. Cependant, la volonté de toute la famille est d'augmenter leur cohésion, suggérant donc que ceux-ci ressentent une certaine insatisfaction dans la proximité actuelle à l'intérieur de leur famille. De même, Rowa, Kerig et Geller (2001) ajoutent que

les pères d'anorexiques indiquent une cohésion familiale moindre que ceux du groupe témoin. Or, les résultats des mères et des filles anorexiques ne suivent pas cette tendance en étant similaires au groupe comparatif. Blair *et al.* (1995) observent également que les familles des sujets anorexiques ne se différencient pas significativement des familles provenant de la population générale au niveau des mesures auto-complétées de cohésion. Toutefois, lors d'une tâche de résolution de problèmes, plus de comportements d'enchevêtrement sont observés comparativement au groupe témoin. Enfin, Wallin et Hansson (1999) notent pour leur part que les familles d'anorexiques présentent un haut niveau de cohésion.

- *Les caractéristiques de la structure familiale*

L'étude de Rowa, Kerig et Geller (2001) s'est penchée sur la définition des frontières dans les familles. Leurs résultats indiquent que les jeunes femmes anorexiques présentent plus de problèmes de frontières face à leurs deux parents lorsque comparées au groupe témoin. Or, les deux parents contredisent cette information en ne rapportant pas de telles difficultés.

- *La communication*

L'étude de Lattimore, Wagner et Gowers (2000b) indique que les adolescentes anorexiques expriment certains types de communication destructive (critique, silence et affects négatifs) plus fréquemment que leur mère. De leur côté, les mères des sujets anorexiques démontrent davantage d'éléments appartenant à une communication de type constructif (demande de clarification et de support) comparativement à leur fille. De plus, les auteurs concluent que dans les dyades mère-fille du groupe d'anorexiques, celles-ci présentaient une fréquence de communication destructive significativement plus élevée par rapport à la communication constructive. Enfin, on indique que dans les dyades d'anorexiques, les mères et leur fille utilisent la réciprocité davantage dans les communications destructives que dans les communications constructives de l'autre. L'étude d'Emmanuelli *et al.* (2004) abonde dans le même sens en affirmant que tous les membres des familles d'adolescentes anorexiques perçoivent leur communication comme étant significativement plus

dysfonctionnelle par rapport aux familles du groupe témoin, les adolescentes anorexiques ayant une vision encore plus détériorée que leurs deux parents à ce sujet.

- *L'expression des émotions*

Dare *et al.* (1994) observent que les familles ayant un adolescent présentant un trouble alimentaire démontrent un niveau généralement assez faible de commentaires critiques, d'hostilité, de surinvestissement émotionnel et de remarques positives. Ces mêmes parents sont notés en observation comme étant modérément chaleureux envers leur progéniture. Les mères sont significativement plus chaleureuses et surinvesties lorsque comparées aux pères. Pour leur part, Blair *et al.* (1995) notent que 42 % des sujets anorexiques vivent dans des maisonnées avec un niveau élevé d'expression des émotions, comparativement à 3 % des adolescents du groupe témoin.

- *La culpabilité*

Dans sa thèse de doctorat, Berghold (2001) indique que les adolescents anorexiques présentent un score plus élevé au niveau de la haine de soi comparativement au groupe témoin. Cependant, on ne retrouve aucune différence significative parmi les parents des groupes clinique et témoin quant aux divers types de culpabilité, mis à part la présence d'une culpabilité de survie moins forte chez les parents d'anorexiques. Il a également été impossible d'établir une corrélation entre la culpabilité parentale et celle démontrée par la jeune fille.

- *L'expression de l'agressivité*

Shugar et Krueger (1995) notent chez les familles d'anorexiques un patron d'interaction dysfonctionnel avec la suppression de l'agressivité et de l'hostilité. Les observations ont démontré une rigidité défensive chez ces familles tôt en thérapie, caractérisée par une forte proportion d'agressivité cachée (62 % des interactions) et une faible proportion de confrontation ouverte (5,1 % des interactions). Selon les auteurs, ce style familial pourrait partiellement expliquer l'observation clinique voulant que ces familles présentent une forte façade d'unité, de rigidité et de surprotection.

- *La gestion des conflits*

En regard à l'évitement des conflits, Dare *et al.* (1994) soutiennent que le faible niveau de commentaires critiques et d'hostilité démontré par les familles comprenant un membre aux prises avec un trouble alimentaire indique une ressemblance avec les familles évitant de discuter ouvertement des désaccords entre eux. De la même façon, l'étude de Latzer et Gaber (1998) met en lumière l'observation que chez les familles d'anorexiques, on a significativement plus de difficulté à choisir les sujets de discussion conflictuels, à adhérer au sujet choisi tout au long de la discussion sans dévier de même qu'à développer et explorer le sujet en profondeur en comparaison aux familles du groupe témoin. En contrepartie, les résultats annoncés par Lattimore *et al.* (2000*b*) ne soutiennent pas l'hypothèse stipulant que ces familles évitent les conflits. Ainsi, le nombre élevé des communications destructives et la faible réciprocité dans les communications constructives entre les filles anorexiques et leur mère ne cadre pas avec les interactions typiques indiquant un évitement des conflits.

Au niveau de la résolution des conflits, Latzer et Gaber (1998) notent que les familles d'anorexiques ont significativement plus de difficultés à obtenir un consensus face à un sujet conflictuel et à y trouver une solution. Dans la même veine, Lattimore, Gowers et Wagner (2000*a*) ont exploré la réactivité physiologique de sujets anorexiques et de leur mère lors de deux situations dyadiques à teneur conflictuelle variable, en comparaison à un groupe clinique recruté en milieu psychiatrique. Les résultats démontrent que les sujets

anorexiques démontrent un rythme cardiaque plus élevé comparativement au groupe psychiatrique durant la tâche très conflictuelle. Au niveau des changements dans la conductivité de la peau, on observe que la tâche très conflictuelle entraîne une plus forte conductance que la tâche peu conflictuelle, indiquant donc un effet de la tâche de discussion. En comparant la réactivité des mères et leur fille dans le groupe d'anorexiques, on s'aperçoit que les adolescentes ont démontré une réponse cardiaque plus rapide et une conductivité de la peau plus grande que leur mère à la tâche très conflictuelle. Les mères, pour leur part, ont démontré très peu de changement dans la conductivité de leur peau et un ralentissement cardiaque durant la tâche très conflictuelle. Enfin, les corrélations par rapport au fonctionnement familial perçu indiquent que l'augmentation du rythme cardiaque et de la conductivité de la peau durant la discussion conflictuelle sont fortement corrélés avec la perception d'une pauvre résolution de conflits dans la famille. L'augmentation du rythme cardiaque seulement est également associée avec la perception d'une pauvre communication dans la famille.

- *La résolution des problèmes*

Blair *et al.* (1995) indiquent que lors d'une tâche assignée, les familles d'anorexiques démontraient une moins bonne qualité de résolution de problèmes. En effet, moins de familles ont été capables de résoudre efficacement leurs difficultés par rapport au groupe de comparaison avec un enfant atteint de fibrose kystique et au groupe témoin en santé. La raison expliquant cette difficulté semble être le fait que ces familles tardent à mettre en application la phase de résolution: peu de suggestions sont formulées et moins de compromis sont proposés.

- *La flexibilité*

Wallin et Hansson (1999) observent que les familles d'anorexiques présentent une plus grande rigidité par rapport aux familles témoins. Dare *et al.* (1994) soutiennent pour leur part que les parents des anorexiques indiquent une bonne flexibilité, mais les scores des enfants suggèrent une vision de la famille plus structurée. Or, la famille au complet s'entend sur le même point: tous

souhaitent davantage de flexibilité, laissant donc transparaître leur sentiment d'être contraint dans leur famille.

## 2.5 Relation parents-adolescente-fratrie

Sur ce point, différents sous-thèmes se référant aux relations présentes dans les familles d'adolescentes anorexiques seront approfondis, tels que 1° la relation de l'adolescente anorexique avec sa mère; 2° la relation de l'adolescente anorexique avec son père; 3° la relation de l'adolescente anorexique avec sa fratrie; 4° le type d'attachement de l'adolescente envers ses parents et 5° les soins reçus et la surprotection exercée sur la jeune anorexique par ses parents.

### 2.5.1 Relation de l'adolescente anorexique avec sa mère

Casper et Troiani (2001) constatent que les adolescentes anorexiques ont une perception différente de leur mère concernant leur relation réciproque. Ainsi, les mères qualifient leur relation avec leur fille comme étant plus dysfonctionnelle que le groupe témoin, alors que les adolescentes notent au contraire une relation dyadique moins dysfonctionnelle que le groupe témoin. Selon Józefik *et al.* (2004) ainsi que Iniewicz, Józefik, Namysłowska et Ułasińska (2004), les mères de jeunes anorexiques décrivent leur enfant d'une manière significativement plus mauvaise que les parents du groupe témoin. Du point de vue de l'adolescente cette fois, celle-ci perçoit également sa mère de façon plus négative par rapport au groupe comparatif. Karwautz *et al.* (2003) ajoutent que les adolescentes anorexiques, lorsque comparées à leur fratrie en santé, perçoivent qu'elles sont significativement moins autonomes envers leur mère, données corroborées par ces dernières. Par ailleurs, Toro *et al.* (1995) soutiennent que la moitié des adolescents anorexiques indiquent des relations conflictuelles avec leurs parents, mais ce nombre n'est pas différent du groupe psychiatrique comparatif.

### 2.5.2 Relation de l'adolescente anorexique avec son père

Casper et Troiani (2001) ne relèvent pas de différence entre les familles d'anorexiques restrictives et le groupe témoin au niveau de la relation de l'adolescente anorexique face à son père. Józefik *et al.* (2004) arrivent



sensiblement aux mêmes conclusions qu'en regard de la relation face à la mère: les pères d'anorexiques reconnaissent avoir une moins bonne relation avec leur fille. De même, lorsque l'on s'attarde à la perception des adolescentes (Iniewicz *et al.*, 2004), celles-ci indiquent également une plus pauvre évaluation de leur relation avec leur père. Les différences plus marquées face à la figure paternelle signifient toutefois une relation plus détériorée envers celui-ci lorsque comparée à la figure maternelle.

### 2.5.3 Relation de l'adolescente anorexique avec sa fratrie

Casper et Troiani (2001) n'ont noté aucune différence entre les familles d'anorexiques restrictives et le groupe témoin par rapport aux relations perçues par la fratrie face au reste de la famille. On ne souligne pas non plus de différence entre les groupes au niveau de la perception de l'adolescente anorexique face à sa fratrie. Iniewicz *et al.* (2004) ne sont cependant pas de cet avis, puisque leurs données indiquent une vision plus négative des relations fraternelles lorsqu'évaluées par les sœurs en santé. Lorsque les patientes évaluent leurs relations fraternelles, les résultats indiquent une évaluation encore plus défavorable des adolescentes anorexiques face à leur fratrie. Murphy, Troop et Treasure (2000) abondent également dans le sens d'une relation fraternelle difficile dans les familles d'anorexiques. Ainsi, comparativement à leur sœur en santé, les anorexiques ont rapporté vivre plus de sentiments de jalousie et d'antagonisme envers leur sœur en santé.

### 2.5.4 Type d'attachement de l'adolescente anorexique envers ses parents

Delannes *et al.* (2005) indiquent dans leur recherche que 90 % des adolescentes anorexiques de leur échantillon affichent un attachement de type sécurisé. Il semble que le profil d'attachement des pères soit plus semblable à celui de leur fille. Du côté des mères, les profils sont plus diversifiés, mais l'attachement sécurisé prédomine toujours.

### 2.5.5 Soins reçus et surprotection exercée par les parents

Laporte *et al.* (2001) indiquent que les anorexiques rapportent avoir reçu autant de soins maternels et paternels que le groupe témoin. Par contre, elles auraient fait l'objet de plus de surprotection parentale, particulièrement provenant de la mère. Ces sujets se souviennent également avoir reçu plus de soins de leur mère que de leur père. Les parents du groupe d'anorexiques auraient cependant tendance à rapporter moins de soins maternels que les parents du groupe témoin. Enfin, Blair *et al.* (1995) indiquent que dans l'observation d'une tâche de résolution de problèmes, on a remarqué davantage de comportements de surprotection dans les maisonnées d'anorexiques comparativement au groupe avec un enfant atteint de fibrose kystique et témoin. Également, Murphy *et al.* (2000) soutiennent qu'en terme de traitement maternel, les anorexiques ont rapporté avoir expérimenté plus de contrôle maternel que leur sœur non affectée par la maladie.

### 2.6 Événements de vie stressants chez l'adolescente anorexique

L'étude de Horesh, Apter, Lepkifker, Ratzoni, Weizmann et Tyano (1995) indique que les patients anorexiques ont vécu davantage d'événements de vie négatifs ainsi qu'un niveau significativement supérieur de mauvaises expériences avec les parents et la famille comparativement aux adolescents provenant de la population générale. De plus, les anorexiques se distinguent du groupe de comparaison psychiatrique quant aux mauvaises expériences avec les parents en ayant vécu plus d'événements stressants dans cette sphère. De leur côté, Gowers, North, Byram et Weaver (1996) indiquent qu'il n'y a pas de différence dans le nombre de sujets anorexiques, témoins et psychiatriques quant au fait d'avoir vécu des événements stressants. Or, lorsque l'on regarde les catégories d'événements rapportées, on remarque chez le groupe d'anorexiques une prédominance d'événements négatifs se rapportant à la sphère familiale, qui est la seule catégorie où ce groupe se distingue de la population, sans pour autant se différencier du groupe psychiatrique. Également, on note un niveau élevé de difficultés chroniques au niveau social, individuel et familial (divorce, discorde parentale, difficultés relationnelles avec les pairs, maladie chronique dans la famille). Par contre, cette proportion n'outrepasse pas le groupe psychiatrique, à l'exception

des inquiétudes familiales à propos de la fratrie. Les auteurs n'ont pas pu associer un sous-type d'anorexie particulier aux événements de vie.

### **2.7 Principaux faits saillants mis en évidence par les études**

Afin de favoriser l'intégration des données de recherche, nous proposons d'illustrer les facteurs familiaux cités par les études comme étant potentiellement influents dans l'apparition de l'anorexie nerveuse par une carte conceptuelle.

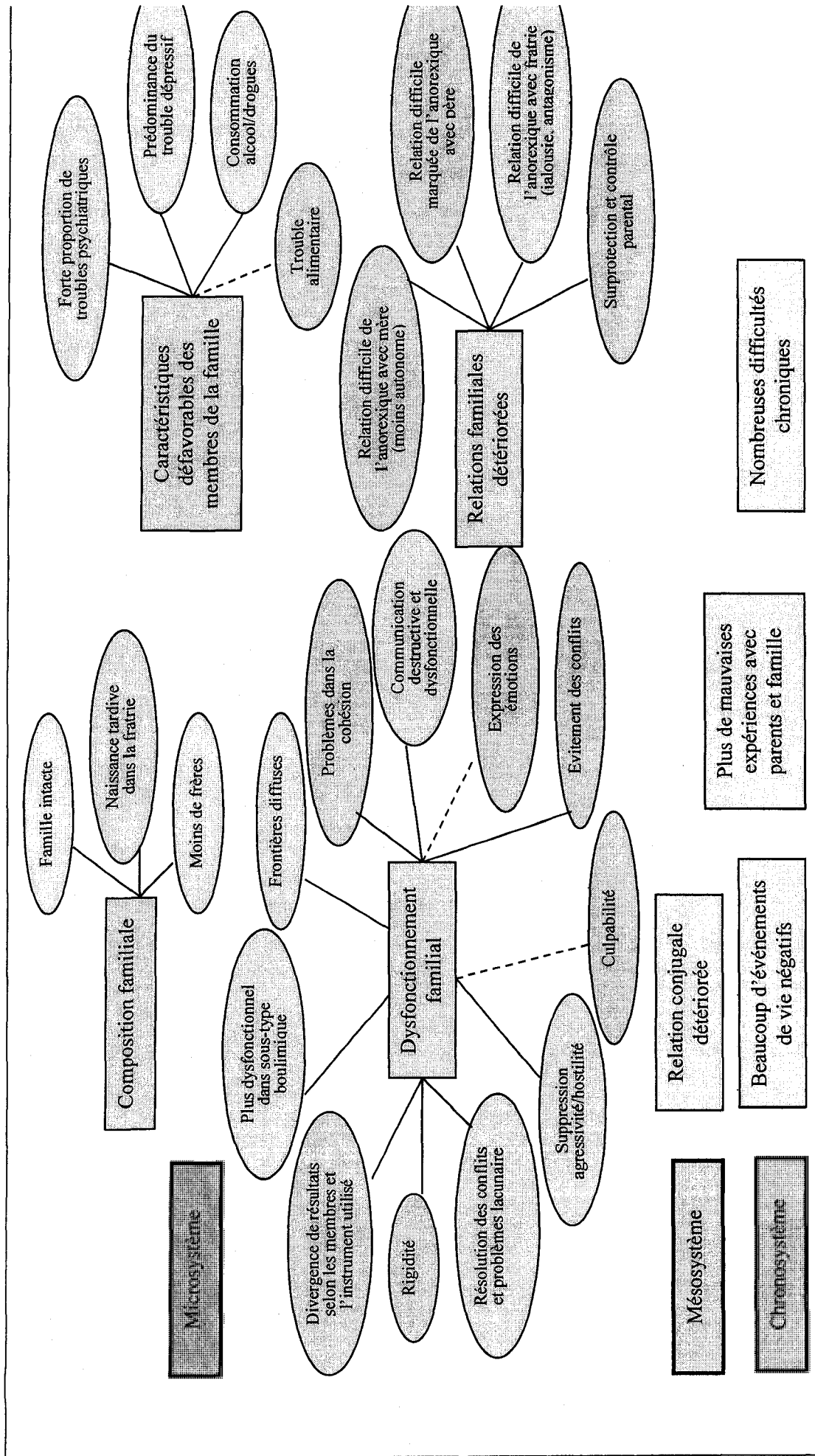


Figure 1 : Facteurs familiaux de l'anorexie nerveuse

**Légende:**  
 ———— Lien unanime dans les études:  
 - - - - - Lien ambigu, contesté:

Ainsi, les différentes études réalisées auprès de familles d'anorexiques semblent indiquer que celles-ci démontrent des difficultés dans plusieurs sphères de la vie familiale. Tout d'abord, on constate dans la famille de ces jeunes filles une importante proportion de troubles psychiatriques, où la dépression constitue la difficulté la plus souvent recensée. De même, on remarque des abus d'alcool et de drogue dans la parenté de ces jeunes filles. Au niveau du trouble alimentaire, cet élément ne fait pas l'unanimité selon les différentes études.

Au sein du fonctionnement familial, plusieurs lacunes sont également constatées. Ainsi, on remarque tout d'abord des divergences de perception entre les membres de ces familles, les jeunes filles rapportant un dysfonctionnement plus sévère que leurs parents. L'instrument utilisé semble également faire varier les données obtenues selon qu'il soit auto-complété ou basé sur l'observation extérieure. Par ailleurs, selon les études recensées, il apparaît que les dysfonctionnements seraient plus marqués chez les familles d'anorexiques de type boulimique lorsque comparées au type restrictif. Au niveau de la cohésion familiale, dans certaines études les membres perçoivent leur famille comme étant plus distante, alors que d'autres recherches témoignent d'une grande proximité entre les membres. Les frontières sont également qualifiées de diffuses lorsque l'anorexiques perçoit sa relation avec ses parents, mais cela n'est pas soutenu par la vision de ceux-ci. La communication serait pour sa part destructive et dysfonctionnelle selon les recherches menées à cet égard. Les études ne s'entendent pas au niveau de l'expression des émotions, puisque certains indiquent que ces familles affichent un faible niveau d'expressivité dans les émotions, alors que d'autres constatent un niveau élevé de cet élément en comparaison aux familles témoins. La culpabilité dans la famille est un autre élément créant des résultats ambigus au sein de l'étude l'ayant explorée. L'évitement des conflits est également un élément rapporté comme caractéristique du fonctionnement des familles d'anorexiques par certaines études, les familles ayant de la difficulté à approfondir les sujets jugés conflictuels. On remarque aussi dans les interactions des membres de ces familles une suppression de l'agressivité et de l'hostilité dans leurs contacts, contribuant à maintenir

l'impression d'harmonie familiale. On note également que la résolution des conflits est difficile et qu'elle entraîne une importante réactivité physiologique chez les jeunes filles, mais pas chez leur mère. Au niveau de la résolution des problèmes, celle-ci démontre son inefficacité en se soldant par une difficulté à proposer des solutions et faire des compromis. Enfin, une certaine rigidité est observée chez les familles d'anorexiques.

Au niveau des relations intrafamiliales, on remarque que la jeune fille anorexique entretient des relations difficiles avec ses parents et sa fratrie. Les recherches relèvent également une surprotection et un contrôle parental important dans les conduites des parents à l'égard de la jeune anorexique. Une relation conjugale détériorée serait aussi typique de ce type de famille.

Quant aux événements de vie, les recherches révèlent que l'on retrouve chez les jeunes anorexiques davantage d'événements de vie négatifs, ceux-ci touchant plus particulièrement la famille et les expériences avec les parents. Également, on peut remarquer un niveau élevé d'adversité chronique, pouvant également se situer au niveau des variables familiales.

Il est certain que ces nombreuses études comprennent des limites importantes. Ainsi, la plupart d'entre elles sont des recherches de type transversal, évaluant les caractéristiques familiales une fois l'anorexie nerveuse installée dans la famille. Or, une maladie d'une telle ampleur entraîne nécessairement un stress majeur pouvant altérer le fonctionnement habituel de ces familles. Également, même si quelques études sont rétrospectives, aucune ne s'intéresse à l'histoire des familles et au développement de celles-ci à travers les différents stades de vie, ce qui sera tenté dans la présente étude.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES DE L'ANNEXE D ET DE LA PROBLÉMATIQUE

- American Psychiatric Association. (2003). *DSM-IV-TR Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux Texte révisé* (4<sup>ème</sup> édition). Paris: Masson.
- Berghold, K.M. (2001). *An exploration of guilt in families with adolescent anorexia nervosa*. Thèse de doctorat en psychologie, Wright Institute Graduate School of Psychology, Berkeley (Californie).
- Blair, C., Freeman, C. et Cull, A. (1995). The families of anorexia nervosa and cystic fibrosis patients. *Psychological Medicine*, 25(5), 985-994.
- Bruch, H. (1978). *L'énigme de l'anorexie*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Casper, R.C. et Troiani, M. (2001). Family functioning in anorexia nervosa differs by subtype. *International Journal of Eating Disorders*, 30, 338-342.
- Cook-Darzens, S. (2002). *Thérapie familiale de l'adolescent anorexique – Approche systémique intégrée*. Paris: Dunod.
- Davis, C., Blackmore, E., Katzman, D.K. et Fox J. (2005). Female adolescents with anorexia nervosa and their parents: A case-control study of exercise attitudes and behaviours. *Psychological Medicine*, 35(3), 377-386.
- Dare, C., Le Grange, D., Eisler, I. et Rutherford, J. (1994). Redefining the psychosomatic family: Family process of 26 eating disorders families. *International Journal of Eating Disorders*, 16(3), 211-226.
- Delannes, S., Doyen, C., Cook-Darzens, S., Mouren, M.-C. (2005). Les stratégies d'attachement, leur transmission et le fonctionnement familial d'adolescentes anorexiques mentales. *Annales Médico-Psychologiques*.
- Eagles, J.M., Johnston, M.I. et Millar, H.R. (2005). A case-control study of family composition in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 38, 49-54.
- Emmanuelli, F., Ostuzzi, R., Cuzzolaro, M., Baggio, F., Lask, B. et Waller, G. (2004). Family functioning in adolescent anorexia nervosa: A comparison of family members' perceptions. *Eating and Weight Disorders*, 9, 1-6.
- Garner, D.M. et Garfinkel, P.E. (1982). *Anorexia nervosa : A multidimensional Perspective*. Brunner Mazel : Montréal, 112-119.
- Garner, D.M. (2004). *Eating Disorder Inventory-3*. Psychological Assessment Resources Inc.: Floride.

- Gowers, S.G., North, C.D. et Byram, V. (1996). Life event precipitants of adolescent anorexia nervosa. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37(4), 469-477.
- Gowers, S.G. et North, C.D. (1999). Difficulties in family functioning and adolescent anorexia nervosa. *The British Journal of Psychiatry*, 174(1), 63-66.
- Horesh, N., Apter, A., Lepkifker, E., Ratzoni, G., Weizmann, R. et Tyano, S. (1995). Life events and severe anorexia nervosa in adolescence. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 91, 5-9.
- Iniewicz, G., Józefik, B., Namysłowska, I. et Ułasińska, R. (2004). Family relations as perceived by females suffering from anorexia nervosa – Part II. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 6(3), 61-75.
- Józefik, B., Iniewicz, G., Namysłowska, I. et Ułasińska, R. (2004). Family relations as perceived by parents of females suffering from anorexia nervosa – Part I. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 6(2), 47-60.
- Karwautz, A., Nobis, G., Haidvogel, M., Wagner, G., Hafferl-Gattermayer, A., Wöber-Bingöl, C. et Friedrich, M.H. (2003). Perceptions of family relationships in adolescents with anorexia nervosa and their unaffected sisters. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 12, 128-135.
- Laporte, L., Marcoux, V. et Guttman, H.A. (2001). Caractéristiques des familles de femmes présentant un trouble d'anorexie mentale restrictive comparées à celles de familles témoins. *L'Encéphale*, 17, 109-119.
- Lattimore, P.J., Gowers, S. et Wagner, H.L. (2000a). Autonomic arousal and conflict avoidance in anorexia nervosa: A Pilot Study. *European Eating Disorders Review*, 8, 31-39.
- Lattimore, P.J., Wagner, H.L. et Gowers, S. (2000b). Conflict avoidance in anorexia nervosa: an observational study of mothers and daughters. *European Eating Disorders Review*, 8, 355-368.
- Latzer, Y. et Gaber, L.B. (1998). Pathological conflict avoidance in anorexia nervosa: Family perspectives. *Contemporary Family Therapy*, 20(4), 539-551.
- Lindberg, L. et Hjern, A. (2003). Risk factors for anorexia nervosa: A national cohort study. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 397-408.
- Lyon, M., Chatoor, I., Atkins, D., Silber, T., Mosimann, J., Gray, J. (1997). Testing the hypothesis of the multidimensional model of anorexia nervosa in adolescents. *Adolescence*, 32(125), 101-111.



- Martin, F.E. (1989). The relevance of a systemic model for the study and treatment of anorexia nervosa in adolescents. *Canadian Journal of Psychiatry*, 35(6), 496-500.
- Minuchin, S., Rosman, B.L. et Baker, L. (1978). *Psychosomatic Families*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Murphy, F., Troop, N.A. et Treasure, J.L. (2000). Differential environmental factors in anorexia nervosa: A sibling pair study. *British Journal of Clinical Psychology*, 39, 193-203.
- Nilsson, E.W., Gillberg, C. et Råstam, M. (1998). Familial factors in anorexia nervosa: A community-based study. *Comprehensive Psychiatry*, 39(6), 392-399.
- North, C.D., Gowers, S.G. et Byram, V. (1995). Family functioning in adolescent anorexia nervosa. *The Royal College of Psychiatrists*, 167(5), 673-678.
- Perdereau, F., Godart, N. et Jemmet, P. (2002). Antécédents psychiatriques familiaux dans l'anorexie mentale. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 50(3), 173-182.
- Robin, A.L., Seigel, P.T., Moye, A.W., Gilroy, M., Dennis, A.B., Sikand, A. (1999). A controlled comparison of family versus individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38 (12), 1428-1489.
- Rodriguez Martin, A., Novalbos Ruiz, J.P., Martínez Nieto, J.M., Escobar Jiménez, L. et Castro de Haro, A.L. (2004). Epidemiological study of the influence of family and socioeconomic status in disorders of eating behaviour. *European Journal of Clinical Nutrition*, 58, 846-852.
- Rogers, L., Resnick, M.D., Mitchell, J.E. et Blum, R.W. (1997). The relationship between socioeconomic status and eating-disordered behaviours in a community sample of adolescent girls. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 15-23.
- Root, M. P. P., Fallon P. et Friedrich W.N. (1986). *Bulimia – A systems approach to treatment*. Canada: Library of Congress.
- Rowa, K., Kerig, P.K. et Geller, J. (2001). The family and anorexia nervosa: Examining parent-child boundary problems. *European Eating Disorders Review*, 9, 97-114.
- Selvini-Palazzoli, M. (1978). *Self-starvation*. New York: Jason Aronson.

- Selvini-Palazzoli, M. et Viaro, M. (1988). The anorectic process in the family: A six-stage model as a guide for individual therapy. *Family Process*, 27, 117-144.
- Shugar, G. et Krueger, S. (1995). Aggressive family communication, weight gain, and improved eating attitudes during systemic family therapy for anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 17, 23-31.
- Toro, J., Nicolau, R., Cervera, M., Castro, J., Blecua, M.J., Zaragoza, M. et Toro, A. (1995). A clinical and phenomenological study of 185 Spanish adolescents with anorexia nervosa. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 4(3), 165-174.
- Wallin, U., Hansson, K. (1999). Anorexia nervosa in teenagers: Patterns of family function. *Nordic Journal of Psychiatry*, 53, 29-35.
- Walsh, F.W. et Scheinkman, M. (1993). The family context of adolescence, *In Handbook of clinical research and practice with adolescents*, 149-171. Oxford, England: John Wiley and sons.

**ANNEXE E**

**NORMES DE PRÉSENTATION DE LA REVUE CHOISIE POUR  
SOUMETTRE LES ARTICLES**

## NORMES DE PRÉSENTATION DE LA REVUE *THÉRAPIE FAMILIALE*

1. Pour répondre aux nécessités de la publication dans la revue *Thérapie Familiale* nous vous demandons de bien vouloir respecter les modalités de présentation suivantes:

La première page comporte:

- **le titre de l'article;**
- **les noms et prénoms des auteurs;**
- **les résumés et les mots-clés** doivent figurer en français, anglais et espagnol.

**Les titres des auteurs** sont à insérer en note de bas de première page. Le premier auteur est celui qui est en relation avec la rédaction. Son adresse doit figurer en fin d'article. L'adresse du premier auteur où la secrétaire de rédaction doit envoyer les épreuves à corriger doit aussi être indiquée, si elle est différente de celle inscrite dans l'article.

2. L'article soumis pour publication doit être écrit à la machine, recto seulement. Il n'excède pas, en principe, quinze à vingt pages. Il est de préférence en Times Roman 12, interligne simple.

3. Les figures et les tableaux sont numérotés en continu, les figures en chiffres arabes et les tableaux en chiffres romains.

4. **La bibliographie** ne doit pas excéder 20 à 25 références de la façon suivante :

- Les références essentiellement systémiques figureront en fin d'article, numérotées et dans l'ordre alphabétique des auteurs.

**Le nom des auteurs doit être en minuscule, dans la bibliographie et dans l'article lui-même.**

- La référence d'un article doit comporter dans l'ordre suivant: nom de l'auteur et initiales des prénoms; année, titre dans la langue (sauf si caractères non latins), *titre de la revue non abrégé en italique*, tome, numéro, première et dernière page.
- La référence d'un livre doit comporter dans l'ordre suivant: nom de l'auteur et initiales des prénoms; année, *titre dans la langue d'origine en italique*; nom de l'éditeur, ville.